

Univerzita Karlova v Praze

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

DIPLOMOVÁ PRÁCE

**Motivace pro setrvání v manželství u partnerů osob po
poranění mozku**

The Motivation of Spouses to stay together after a Brain Injury

Vypracovala:

Mgr. Anna Vaněčková

Vedoucí diplomové práce:

doc. PhDr. Petr Kulišťák, Ph.d.

Praha, 2012

Poděkování

Děkuji svému vedoucímu práce za cenné podněty při psaní této práce a občanskému sdružení Cerebrum za poskytnutí materiálů pro zpracování této práce. Dále děkuji Mgr. L. Krivé za pomoc s oslovováním respondentů pro výzkumnou část.

Velké poděkování patří všem účastníkům výzkumu, bez nich by tato práce nemohla vzniknout.

V neposlední řadě děkuji své rodině a svému příteli za trpělivost a podporu, kterou mi poskytli během psaní této práce.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 17.07. 2012

.....
Anna Vaněčková

Abstrakt

Tato diplomová práce pojednává o situaci manželů osob, kteří utrpěli poranění mozku. Po poranění mozku se mohou objevit vedle fyzických následků i různě závažné psychické změny. Tyto následky zasahují nejen samotného člověka po poranění mozku, ale i jeho nejbližší, obzvláště jeho partnera a ovlivňují i kvalitu manželství.

Teoretická část práce se zabývá nejprve významem instituce manželství, a to jak ze sociologického, tak z psychologického hlediska. Následně práce pojednává o tématu poranění mozku a jeho následcích. Pozornost dále věnována dopadu této situace na manžele osob po poranění mozku. Další část práce se věnuje tématu motivace pro manželství.

Empirická část práce je tvořena kvalitativním výzkumem, který je založen na 8 individuálních hloubkových rozhovorech s manžely (manželkami) osob po poranění mozku. Cílem je zmapovat motivy pro setrvání v manželství u partnerů osob po poranění mozku a identifikovat další faktory, které s touto motivací souvisejí.

Klíčová slova:

manželství, manželé, poranění mozku, motivace

Abstrakt

This diploma work deals with the situation of married couples, people who suffered a brain damage. After a brain damage many various mental changes of grave importance may appear apart from the physical consequences. These consequences affect not only the person that suffered the brain damage but also his closest mainly his partner and affect also the quality of their marriage.

The theoretical part of the diploma work deals primarily with the importance of the marriage from the sociological and the psychological point of view as well. Further the work focuses on the brain damage itself and its consequences. The attention is further drawn to the impact of such situation on the husband or wife of a person after brain damage. Following part deals with the motivations for marriage.

The empirical part of the work focuses on qualitative research based on eight individual in-depth interviews with husbands/wives of a person after a brain damage. The main goal of the work is to map the motivation of a husband/wife of the individual after a brain damage for remaining in marriage and identify other factors connected with this motivation.

Keywords:

marriage, spouse, brain injury, motivation

Obsah

Seznam zkratek.....	8
ÚVOD.....	9
MANŽELSTVÍ A ROZVODY	11
1. Manželství dříve a dnes	11
2. Manželství jako vývojový úkol.....	14
3. Typy problémů v manželství	16
4. Rozvody	20
PORANĚNÍ MOZKU A MANŽELSTVÍ.....	25
5. Poranění mozku	25
5.1. Změny po poranění mozku	27
6. Manželé osob po poranění mozku	29
6.1. Poranění mozku jako zátěžová situace pro rodinu	29
6.2. Průběh péče a rekonvalescence z hlediska blízkých	31
6.3. Specifický dopad poranění mozku na manželství	34
6.4. Zvládání zátěže	39
6.5. Manželství a riziko rozvodu	43
MOTIVACE PRO SETRVÁNÍ V MANŽELSTVÍ	45
7. Motivace obecně	45
8. Motivy, potřeby a manželství	47
9. Sociální motivace.....	49
9.1. Láska.....	51
9.2. Přátelství	55
10. Morální motivace	56
11. Motivace k manželství a rodičovství.....	59
12. Motivy pro setrvání ve vztahu.....	61
13. Naděje	65

MOTIVACE PRO SETRVÁNÍ V MANŽELSTVÍ U PARTNERŮ OSOB PO PORANĚNÍ MOZKU.....	67
14. Cíle a výzkumné otázky	67
15. Projekt výzkumu	69
15.1. Výzkumný soubor	69
15.2. Metody získávání, zpracování a analýzy dat	71
16. Výsledky	73
16.1. Kazuistický popis.....	73
16.2. Výzkumné otázky	80
17. Diskuze.....	103
17.1. Metodologie	103
17.2. Výsledky	106
ZÁVĚR.....	116
LITERATURA	118
PŘÍLOHY	126

Seznam zkratk

CL - comparasion level

CL_{alt} - comparasion level for alternatives

CMP – cévní mozková příhoda

CNS – centrální nervová soustava

ČSÚ – Český statistický úřad

CVVM – Centrum pro výzkum veřejného mínění

DTM - Drive to marry

GCS – Glasgow Coma Scale, Glasgovská stupnice bezvědomí

PID – plný invalidní důchod

PN – pracovní neschopnost

PTA – posttraumatická amnézie

SD – starobní důchod

TBI – traumatic brain injury, traumatické poranění mozku

WOC - Ways of Coping Questionnaire

ÚVOD

Proč – tato otázka, patří nejen do úst zvědavého tříletého dítěte, ale je stěžejní otázkou jakéhokoliv psychologického bádání. Psychologie hledá odpověď na otázku „proč“ – hledá psychologické důvody lidského jednání. Podle Milana Nakonečného „*paří problematika motivace chování k nejsložitějším, ale také nejzávažnějším úkolům psychologie*“ (Nakonečný, 1996, s. 5).

Téměř každé druhé manželství v dnešní době končí rozvodem. Rozvod je běžnou záležitostí a pro mnoho lidí je východiskem z neuspokojivého vztahu. Některé vztahy neustojí krize nebo zátěžové situace. Na druhou stranu jsou manželství, která přetrvávají i krizová období a značně zátěžové situace. Co motivuje lidi setrvávat ve vztazích i přes to, že to obnáší značnou míru zátěže?

V této diplomové práci se budu zkoumat motivaci pro setrvání v manželství, které musí čelit zátěžové situaci a vyrovnat se s řadou náročných změn a nároků. Příkladem takovýchto vztahů jsou manželství, kde jeden z partnerů utrpěl poranění mozku.

Poranění mozku je náhlou a velice zátěžovou situací jak pro samotného člověka, který tento úraz utrpí, tak pro jeho rodinu a obzvláště pro jeho životního partnera. Dochází k řadě vážných a dlouhodobých následků, jak fyzických, tak psychických. Tyto změny ovlivňují i kvalitu manželství a nutí ke změně dosavadního způsobu života.

Manželé osob po poranění mozku musí čelit nevyhnutelnosti dané zátěžové situace. Stojí na křižovatce a znovu volí, zda svému partnerovi jsou schopni a ochotni znovu říci *ano*, zda dokážou přitakat těžkému a náročnému v jejich životě, které již nemá podobu abstraktního „i ve zlém“, ale které na sebe vzalo konkrétní podobu.

Tuto diplomovou práci vede otázka, proč v dnešní době, kdy jsou rozvody tak časté, zůstávat ve vztahu, který musí čelit značené zátěži, s partnerem, který už není stejným člověkem, jakým byl. Cílem této práce je najít odpověď na otázku, co se podílí na motivaci pro setrvání v manželství u partnerů osob po poranění mozku.

Tato diplomová práce je členěna na čtyři části. První část se věnuje tématu manželství a rozvodů. Kapitoly této části pojednávají o změnách postoje k manželství a rozvodu popisují současnou situaci demografické a sociologické statistiky. Dále jsou zvažovány některé psychologické aspekty manželství a rozvodu.

Druhá část této práce je zaměřena na téma poranění mozku. Nejprve bude charakterizováno, co znamená poranění mozku v životě člověka po poranění a s jakými

následky se musí vyrovnat. Další kapitoly jsou věnovány otázce, jaký dopad má poranění mozku na rodinu a blízké. Zvláštní pozornost je přitom věnována specifickému dopadu této situace na manžele osob po poranění mozku a na manželství jako takové.

Třetí část pojednává o tématu motivace pro manželství. Prostor několika kapitol je věnován třem okruhům motivů pro manželství. Vedle nich jsou v rámci jedné kapitoly představeny i teorie pro setrvávání ve vztazích.

Čtvrtou část této práce tvoří vlastní výzkum, který se pokouší objasnit motivaci pro setrvání v manželství u partnerů osob po poranění mozku. Odpověď na výzkumné otázky bude hledána prostřednictvím kvalitativního výzkumu, založeném na individuálních hloubkových rozhovorech s 8 partnery osob po poranění mozku.

MANŽELSTVÍ A ROZVODY

V první části této práce se nejprve podívám obecně na téma manželství a rozvodů. Zohledním perspektivu nejen psychologickou, ale i sociologickou, abychom porozuměli změnám postojů k instituci manželství a odhalili význam manželství pro člověka v dnešní době.

1. Manželství dříve a dnes

Manželství je věda

Honoré de Balsac

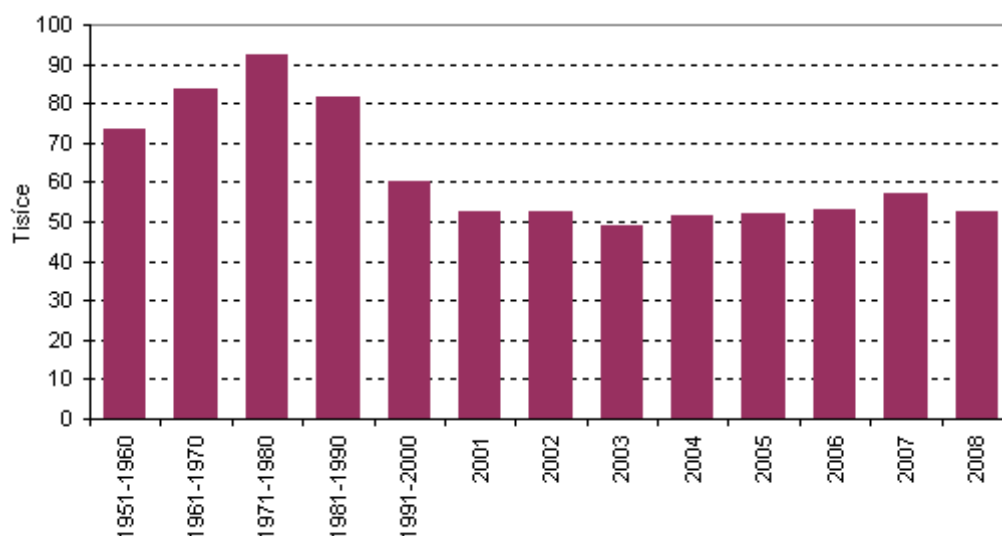
Manželství je instituce, která je významná v mnoha kulturách po celém světě. Psychologický slovník definuje manželství jako „*zvykovým právem nebo zákonem definované soužití muže a ženy, popř. několika partnerů*“ (Hartl, Hartlová, 2000, s. 301). Tato definice naznačuje, že kromě klasického monogamního soužití, typické pro západní kulturu, existují i jiné formy manželského soužití – těmi se však v této práci nebudu zabývat, zaměřím se pouze na situaci v západní společnosti.

V naší kultuře má manželství, tradičně i zákonem definovanou, podobu monogamního soužití muže a ženy. Vztah muže a ženy, jejich práva a povinnosti v manželství a význam této instituce prošly během let velkými změnami. Dlouhá staletí byla tato instituce formována církví, která vznášela nárok na instituci manželství a její nezrušitelnost. Rozvod se v katolické Evropě nepřipouštěl¹. Vztah muže a ženy v manželství odrážel patriarchální uspořádání společnosti. Žena byla závislá na manželovi a na jeho majetku (Schaie, Willis, 1986, s. 201). Společenské a politické změny ale postupně proměnily jak postavení ženy ve společnosti, tak i vzájemný vztah muže a ženy v manželství, vztah k právům a povinnostem a očekávání od manželství. Počátky těchto změn sahají do doby osvícenství. Myšlenky osvícenství a liberalismu vytvořily základy pro ideje rovnosti mezi manželi. Jako nový element manželství vedle společenské a ekonomické funkce byla očekávána i emocionální intimita a náklonnost (Schaie, Willis, 1986, s. 201), a možnost výběru partnera na základě lásky mezi snoubenci (Možný, 1990, s. 88).

¹ U nás byl právně povolen rozvod (resp. rozluka) bez rozdílu konfese až po první světové válce zákonem zákon č. 320/1919 Sb. (Vašíčková, 2011).

Nejvýraznější posun v chápání manželství přinesly až bouřlivé společenské změny 20. století. Obě světové války, feministické hnutí, sexuální revoluce v 60. letech a mnoho dalšího ovlivnilo postavení žen ve společnosti (Možný, 1990) a postoje k manželství a rozvodům. Tyto změny zachycují i demografické statistiky. Od 60. let docházelo v Evropě k poklesu sňatečnosti, zvyšoval se průměrný věk vstupu do manželství a narůstal počet rozvodů. K největšímu poklesu sňatečnosti došlo v západní Evropě v 70. a 80. letech 20. století a od té doby trvá stagnace (Územní diferenciac, 2004).

U nás tyto změny nastaly především až po roce 1989. Do té doby byla sňatečnost v tehdejší Československu vysoká. Mladí lidé se brali v nižším věku než dnes a sňatek byl považován za samozřejmost. Po roce 1989 se začal měnit životní styl a s tím i souvisí změny, které se týkají vstupu do manželství. Výraznou změnou, kterou zachycují statistiky, je pokles počtu sňatků. I když se tento pokles zdá na první pohled rapidní, není v porovnání se situací v západní Evropě výjimečný, naopak se v tomto trendu přibližujeme situaci v západních zemích (Plodnost a sňatečnost, 2003). Následující tabulka ukazuje, jak se u nás změnil počet sňatků od 50. let 20. století do roku 2008:



Obr. 1. Průměrný roční počet sňatků v letech 1951 až 2000 po desetiletých obdobích a počet sňatků v letech 2001 až 2008 (Sňatečnost, 2012).

Druhým trendem, který ukazuje změnu postoje k manželství od roku 1989, je oddalování vstupu mladých lidí do manželství (Plodnost a sňatečnost, 2003). V následující tabulce vidíme, jak se během patnácti let zvýšil věk prvního sňatku, a to jak u žen, tak u mužů. U žen je věkovou skupinou s největší sňatečností skupina 25-29letých, u mužů je od roku 2003 nejvyšší intenzita prvosňatečnosti až ve věkové skupině 30-34 let (Sňatečnost, 2012).

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2011
ženy	22,0	22,3	22,7	23,0	23,5	23,7	24,1	24,5	24,9	25,3	25,7	29,6
muži	24,5	24,9	25,3	25,7	26,2	26,5	26,	27,3	27,6	28,1	28,5	32,4

Tab. 1. Průměrný věk žen a mužů při prvním sňatku od roku 1993 až do roku 2011 (Územní diferenciacie, 2004, Sňatečnost, 2012).

Můžeme spekulovat o tom, co vše má vliv na tyto změny – změny společenských hodnot, oddalování vstupu do dospělosti, možnosti cestování a sebezvoje, nové příležitosti, a mnoho dalšího. Současná společnost poskytuje mladým lidem více času na převzetí dospělých rolí a tedy i pro vstup do manželství. Společenský tlak již nenutí mladé vstupovat do manželství a objevují se tak i jiné typy soužití (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 171-172).

Bylo by však unáhlené domnívat se na základě výše zmíněných dat, že manželství ztrácí v dnešní společnosti svou hodnotu. Právě naopak - podle sociologických průzkumů manželství není považováno za zbytečnou instituci, i když je společnost benevolentní vůči různým formám partnerského soužití. Manželství je vnímáno stále jako instituce, která je důležitá pro výchovu dětí (Dimitrová, 2007).

Současná rodina a manželství se značně proměnily a dostaly nový rozměr. Langmeier a Krejčířová (2006, s. 172) se domnívají, že mladí lidé dnes vstupují do manželství s větší odpovědností, než dříve. Nesouhlasí s kritickými názory, že dnešní rodina je v krizi, ale naopak upozorňují na to, že manželství se stalo rovnoprávným soužitím (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 186).

2. Manželství jako vývojový úkol

Manželství, aby nepodlehlo zkáze, vyžaduje jinou zkázu: zkázu osobnosti obou partnerů.

Carlo Dossi

Pohádky, které vyprávíme dětem, obvykle končí tím, že hlavní hrdinové, po tom, co překonali řadu útrap, se vzali a žili šťastně až do smrti (Říčan, 2006, s. 248). Svatbou však nic nekončí, je to začátek další etapy života. Manželství „rozhoduje o tom, jaký bude dlouhý úsek cesty, kterou máme před sebou, a obvykle poznává celý další život“ (Říčan, 2006, s. 245).

Publikace o vývojové psychologii ilustrují, že z psychologického hlediska má manželství zásadní význam v životě dospělého člověka. Vývojovému období dospělosti je věnován menší prostor, než předchozím vývojovým obdobím, i když obvykle zahrnuje z hlediska počtu let mnohem větší část života². Hlavní charakteristiky období dospělosti se otáčejí hlavně okolo témat, která souvisejí s manželstvím a zakládáním rodiny. Pro většinu dospělých je vedle práce „život v manželství a v rodině nejdůležitější obsah jejich životního naplnění“ (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 177).

To, že manželství je považováno za významný životní cíl, ukazuje i sociologický výzkum Centra pro výzkum veřejného mínění. Podle sociologických průzkumů většina svobodných mužů (52%) i žen (74%) plánuje ve svém životě do budoucna uzavřít sňatek³ (Šamanová, 2009, s. 4). Průzkum CVVM zkoumal i důležitost životních cílů. Respondenti výzkumu seřazovali sedm položek, reprezentujících obecné životní cíle. U žen je na prvním místě položka „mít děti“, u mužů pak „mít stálého partnera“. Položka „vdát se, oženit se“ je u mužů i u žen shodně na 4. místě. Vidíme v tabulce, že z časového hlediska se průměrné hodnoty výrazně neproměňují (Šamanová, 2009, s. 6). Odpovědi ilustruje následující tabulka:

² Období dospělosti zahrnuje velké věkové období a bývá členěno do různých fází. Například Langmeier a Krejčířová (2006, s. 167) dělí věk dospělosti do 4 etap:

1. časná dospělost (přibližně od 20 do 25-30),
2. střední dospělost (asi do 45 let; období plné výkonnosti a relativní stability),
3. pozdní dospělost (doba do začátku stáří, asi do 60-65 let),
4. stáří (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 167).

³ výzkum CVVM, respondenti odpovídali na dotaz „Chcete někdy v budoucnu uzavřít sňatek“?

Životní cíle	2003	2009
Mít stálého partnera	3,03	3,01
Mít děti	3,24	3,15
Dosáhnout úspěch v zaměstnání	3,40	3,43
Vdát se, oženit se	4,02	4,14
Věnovat se zálibám	4,80	4,55
Dosáhnout co nejvyšší vzdělání	4,18	4,60
Žít pestrým společenským životem	5,32	5,13

Tab. 2. Důležitost životních cílů (průměrné pořadí), porovnání v roce 2003 a 2009 (Šamanová, 2009, s. 6).

Z psychologického hlediska lze na manželství pohlížet jako na vývojový úkol (srov. Erikson, 2002). Pokud se ho podaří zvládnout, přispívá to k pocitu osobního štěstí a k celkovému pocitu spokojenosti a smysluplnosti a to jak v obdobích časně dospělosti, tak i potom později ve stáří (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 177). Lidé, kteří žijí v manželství, jsou podle výzkumů celkově šťastnější, než rozvedení nebo nesezdaní (Hendrick et al., 2002, s. 478). Dokonce statistiky ukazují, že šťastné manželské páry zažívají méně psychických a zdravotních potíží. Problematické vztahy však tento pozitivní efekt na zdraví a well being nemají (Baumeister, Leary, 1995, s. 508). V následující kapitole se proto podíváme podrobněji na téma problémů v manželství.

3. Typy problémů v manželství

Dnes jsme tak vzdělání, že nás nepřekvapí nic, vyjma šťastného manželství.

Oscar Wilde

V této práci se zabývám manželstvími, do jejichž života zasáhla náhlá událost, která změnila na kratší či delší dobu fungování celého vztahu. Poranění mozku jednoho z partnerů přináší v manželství řadu problémů. Navíc i tyto páry se museli či musejí vyrovnávat s nejrůznějšími typy problémů, které se mohou vyskytnout v jakémkoliv jiném manželství. V odborné i populárně naučené literatuře se setkáváme s popisem několika typů problémových situací:

- ***Vývojové krize***

V průběhu manželského (resp. partnerského) vztahu se objevují i tzv. *vývojové krize*. Podle M. Plzáka (1973), který tento fenomén popsal, jsou tyto krize zákonité, nevyhnutelné a tedy i přirozené. Mohou se ovšem lišit svou délkou a hloubkou. Úspěšné překonání těchto krizí je odměněno stabilitou a spokojenými obdobími.

Nástup první vývojové krize je spojen s opadnutím pocitu zamilovanosti a s vytanutím starostí všedního dne. Partneři si více uvědomují kontrast mezi svým očekáváním a realitou všedního dne, což může vést k pocitu zklamání a k nespokojenosti. Častěji se objevují negativní emoce a hádky mezi partnery. Pokud je tato krize zvládnutá a překonána, následuje několik let relativní stability (Plzák, 1973). Druhá vývojová krize může být spojena s odchodem dospělých dětí z domova a s pocitem tzv. prázdného hnízda. Partneři jsou opět spolu sami a musí se vyrovnat s přicházejícím stárnutím, somatickými obtížemi, zvýšenou citlivostí a obavami z budoucnosti (Plzák, 1973).

Časově zařazuje Plzák (1973) první vývojovou krizi mezi 3. a 7. rok manželství, druhá vývojová krize přichází přibližně po 17 až 25 letech ve vztahu. Toto časové vymezení je ale třeba brát s rezervou, neboť od doby, kdy tyto krize byly popsány, se značně změnily podmínky a okolnosti partnerského soužití. V dnešní době často partneři spolu žijí i několik let před vstupem do manželství, respektive do manželství vůbec nevstoupí, odkládá se doba vstupu do manželství a doba narození prvního dítěte.

- ***Problémy vyplývající z osobnosti manželů***

Některé problémy v manželství vyplývají z osobnosti partnerů. Může se jednat o rysy, které jsou v normě, ale neslučují se s rysy partnera, nebo přímo o rysy, které jsou samy o

sobě problematické pro manželské soužití (Kratochvíl, 2009, s. 90). V odborné literatuře můžeme najít různé výčty a pojmenování těchto problematických rysů. Například Kratochvíl (2009) charakterizuje tyto typy: *astenická a hypersenzitivní osobnost* (vyhrocený typ melancholika), *explozivní osobnost* (vyhrocení rysů cholerika), *rezonér* (zahořklý pesimista), *pedant* (přehnaně pořádkumilovný a přesný), *schizoidní osobnost*, *asociální anetická osobnost*, *hysterická osobnost*, *žárlivecká osobnost*, *osoba závislá na alkoholu*. M. Plzák (1988) pojmenovává i druhy chování, které jsou v párovém soužití zdrojem konfliktů: *haštěřivost*, *lenost*, *povýšenost*, *nadřazenost*, *podezřívavost*, *otrávenost* a *ukřivděnost*. Za konfliktotvorné rysy osobnosti považuje: *chování asociálně anetické*, *alkoholismus* a *toxikomanie*, *žárlivost*, *hysterie*, *explozivita*, *pedanterie*.

Zároveň je ale třeba vzít v úvahu, že v průběhu života a během vztahu se člověk mění, některé rysy osobnosti mohou ustupovat do pozadí a jiné se akcentovat. V případě specifické situace poranění mozku, které se v této práci věnuji, je na tomto místě vhodné zmínit, že následkem poranění může docházet i k psychickým změnám. Mohou se značně změnit vlastnosti člověka po poranění mozku a v některých případech se objeví rysy, které byly výše jmenovány jako potenciálně konfliktogenní.

- ***Vnitřní manželské situace***

Kratochvíl (2009, s. 147) pod tímto pojmem zahrnuje konfliktní situace, které nejsou způsobeny zásahem třetích osob, ale jsou záležitostí manželského páru a jejich dětí. Zdrojem těchto konfliktů či krizí jsou problémy v komunikaci a interakci manželů a fungování v domácnosti. Plzák (1973) pojmenoval čtyři základní okruhy, se kterými se manželská dvojice musí vypořádat: *rodinné hospodaření*, *trávení volného času*, *výchova dětí* a *sexuální soužití*. Konflikty a problémy, se kterými se mohou manželé potýkat, vyplývají z odlišných názorů, postojů a zvyklostí a očekávání a požadavků, které se týkají se těchto oblastí.

Tuto obecnou deskripci můžeme opět vztáhnout na situaci manželství, kdy jeden z partnerů utrpěl poranění mozku. Pokud se manželé naučili ve výše zmíněných instrumentálních složkách vztahu fungovat způsobem, který oběma vyhovuje a zajišťuje bezproblémové uspokojení jejich potřeb, pak situace poranění mozku jednoho z partnerů může celou situaci naprosto změnit. Jak uvidíme v následujících kapitolách této práce, v manželstvích po poranění mozku může dojít k (vynucené) změně rolí a povinností, finanční zabezpečení domácnosti může jednostranně dopadnout na zdravého partnera, trávení volného času je podřízeno zdravotní situaci postiženého partnera a zasaženo je i sexuální soužití partnerů.

- **Vnější vlivy**

Tento okruh problémů se týká vlivu třetích osob. Jde například o vliv nebo zásahy rodičů, příbuzných, přátel, známých i sousedů, ale i vliv mimomanželského vztahu (Kratochvíl, 2009, s. 169).

Kratochvíl (2009) zařazuje mezi tzv. vnější vlivy i skupinku tzv. „jiných vlivů“, mezi něž řadí například vlivy vyplývající ze zaměstnání, studia, stavby rodinného domu, apod. Z hlediska tématu této práce je zajímavé, že pouhý jeden odstavec v Kratochvílově (2009) monografii o manželské terapii je věnován tématu problémů, které může do manželství přinést „*nemoc některého z partnerů*“. Jde o nemoci, které „*invalidizují, znemožňují pohlavní soužití, znehybňují, a tím omezují možnosti společné rekreace, postihují jeho vzhled a atraktivnost nebo ovlivňují reprodukční schopnost (sterilita) nebo žádoucnost potomstva (genetické dědičné choroby), omezují kontakt (oslepnutí, ohluchnutí) nebo alterují psychický stav (mozkové léze a duševní choroby)*“ (Kratochvíl, 2009, s. 191). Podle tohoto nemoc sama o sobě není zdrojem konfliktů, těmi jsou spíše důsledky této choroby, které se v důsledku mohou vyústit v problematické situace, které byly popsány obecně výše.

Na závěr této kapitoly bych zmínila, že na problematické situace v manželství se můžeme dívat i z perspektivy závažných životních událostí. Roku 1967 vytvořili psychiatři Thomas Holmes a Richard Rahe tzv. *Social readjustment rating scale*. Tato škála jmenuje 43 různých stresových životních událostí, které jsou ohodnoceny relativním skórem podle míry zátěže. Vysoké skóre⁴ pak dle jejich škály je prediktorem onemocnění. V následující tabulce uvádím výběr některých stresových událostí, které souvisejí s manželstvím:

⁴ pokud člověk prožívá řadu zátěžových situací, jejichž hodnoty v součtu dosahují skóre vyššího než 300, je zde velké riziko onemocnění. Skór 150-299 značí mírné riziko a skór nižší, než 150 znamená mírné riziko onemocnění (Holmes, Rahe, 1967).

Životní událost	"Life Change Units"
Úmrtí partnera	100
Rozvod	73
Separace manželů	65
Úmrtí blízkého člena rodiny	63
Osobní nemoc nebo úraz	53
Svatba	50
Změna zdravotního stavu člena rodiny	44
Těhotenství	40
Sexuální obtíže	39
Změna ve finančním statusu	38
Partner začne nebo přeruší zaměstnání	26
Změna v životních podmínkách	25
Změna osobních návyků	24

Tab. 3: Social readjustment rating scale (Holmes, Rahe, 1967).

Když si opět uvědomíme situaci manželů po poranění mozku, na základě výše uvedené škály se ukáže závažnost míry stresu, kterou zdraví partneři v manželství prožívají. Obvykle se totiž objevuje řada různých změn a zátěžových situací. Ze škály můžeme jmenovat tyto události: změna zdravotního stavu člena rodiny (44), sexuální obtíže (39), změna finančního statusu přerušení zaměstnání partnera (26), změna v životních podmínkách (25) a podobně. Už v této hypotetické situaci se dostáváme na hodnotu 172 bodů, což značí zvýšené riziko onemocnění. Pokud ale přičteme mnoho dalších menších specifických zátěžových situací, které jsou ve škále zařazeny (a další, které do škály zařazeny nejsou), je zřejmé, že manželé osob po poranění mozku pravděpodobně zažívají mnoho problematických zátěžových situací a jsou vystaveni značnému stresu.

I když se v této diplomové práci zabývám motivací pro setrvání v manželství, jsou situace, kdy další setrvání v manželství je neúnosné a jeden z partnerů (či oba) dojdou k závěru, že rozvod je jediným možným řešením dlouhodobě problematického manželství. Proto se v následující kapitole zaměříme na téma rozvodů.

4. Rozvody

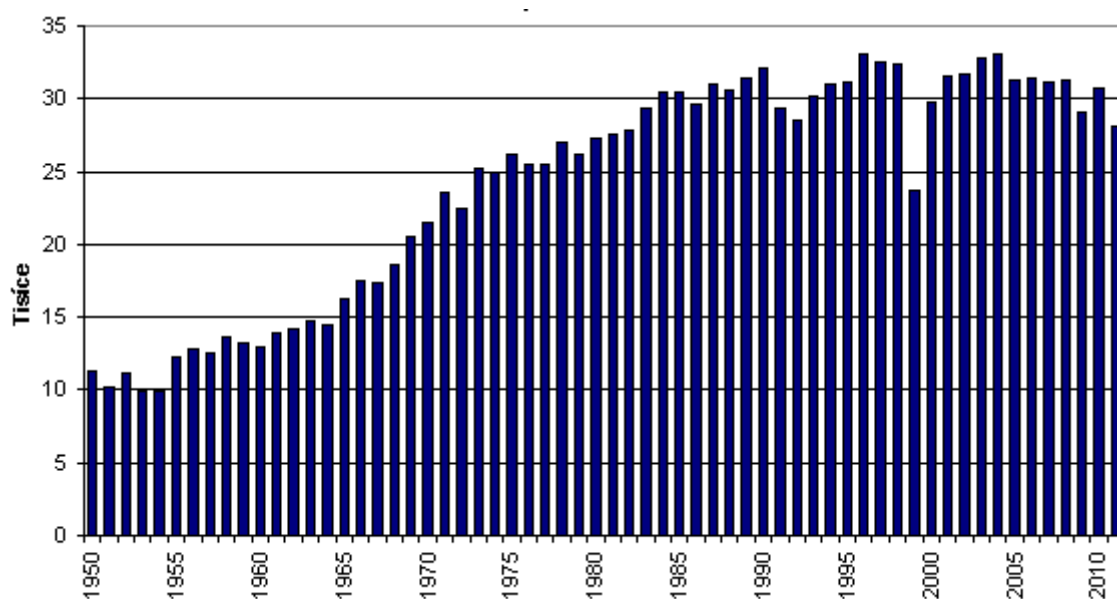
Jediné, co je horší jak předčasné manželství, je opožděný rozvod.

Louis De Boissy

Psychologický slovník definuje rozvod jako „*zrušení manželství za života manželů rozhodnutím soudu*“ (Hartl, Hartlová, 2000, s. 516). Rozvod ale není jen právní akt, ale je to mimořádně stresující událost v životě člověka, i když je dnes rozvod poměrně běžnou událostí, neboť u nás končí rozvodem každé druhé manželství. Přitom možnost rozvodu je z hlediska naší historie spíše kulturní novinkou. U nás byl právně povolen rozvod (resp. rozluka) bez rozdílu konfese až roku 1919 (Vašíčková, 2011). Do té doby byl rozvod problematický, ne-li nemožný. Jako bonmot se traduje, že ve středověku bylo snazší manžela zabít, než se rozvést. S jistou nadsázkou můžeme doplnit, že bylo snazší založit novou církev, než dostat od papeže souhlas k rozvodu, jak to udělal v 16. století anglický král Jindřich VIII.

Ve dvacátém století se u nás postupně měnily postoje k rozvodu. V dřívějších generacích nebyl rozvod tak častý, jako dnes. Plaňava (1994, s. 17) to vysvětluje tím, že dříve byl menší důraz na individuální práva v manželství a bylo povinností ve vztahu setrvat. Výrazněji se postoje k rozvodu začaly v západním světě měnit od 60. let 20. století. Jak se postupně kladl větší důraz na emocionální složky manželského vztahu, důvodem rozvodu už nebyla jen krutost či cizoložství, ale i odepření citů. Manželství přestalo být pokládáno za předpoklad šťastného života a rozvod se stal přijatelným z mnoha důvodů (Schaie, Willis, 1986, s. 201).

U nás měly na vývoj rozvodovosti mimo jiné i legislativní změny, které upravovaly podmínky rozvodů. V šedesátých letech výraznou změnu přinesl zákon o rodině č. 94/1964 Sb. Od poloviny 60. let můžeme proto pozorovat výrazný nárůst v počtu rozvodů. Další zlom nastal po roce 1998, kdy vešla v platnost novela zákona č. 91/1998 Sb., která měnila podmínky pro rozvod manželství s nezletilými dětmi (Rozvodovost, 2012). Vývoj počtu rozvodů od roku 1950 ilustruje následující graf:



Obr. 2. Roční počet rozvodů od roku 1950 do roku 2011 (Rozvodovost, 2012).

Když vztáhneme absolutní čísla počtu rozvodů k počtu sňatků, uvidíme, že v roce 2010 dosáhla rozvodovost skutečně 50% - zaznamenáno bylo 30 783 rozvodů. Většinu z tohoto množství tvoří rozvody prvních manželství, přibližně 80% párů se rozvádí poprvé (Rozvodovost, 2011, s. 15). Následující tabulka uvádí, jak se od roku 1991 měnila, respektive narůstala, hrubá míra rozvodovosti.

	1991	2001	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Úhrnná rozvodovost na 100 sňatků(%)	34,8	44,7	49,3	47,3	48,7	48,7	49,6	46,8	50,0
Průměrná délka trvání manželství	10,1	11,3	11,9	12,2	12,0	12,3	12,3	12,5	12,7

Tab. 4. Úhrnná míra rozvodovosti v letech 1991-2010 (Rozvodovost, 2009; Rozvodovost, 2011).

Předchozí tabulka ukazuje i narůstající průměrnou délku trvání manželství. Ta vzrostala za 19 let o 2,7 roku. Zajímavé je ovšem zaměřit se na vývoj rozvodovosti u konkrétních věkových skupin. Největší intenzita rozvodovosti, vztahující se k celkovému počtu uzavřených sňatků, připadá na období 2-6 let od uzavření sňatku (Rozvodovost, 2011, s. 16). Za posledních 20 let se ale také změnila struktura rozvodů podle délky trvání manželství. Roku 1991 představovala manželství, trvající méně než 5 let, více než 33% rozvodů, o dvacet let později šlo o pětinu rozvodů. Jen necelých 13% ze všech manželství,

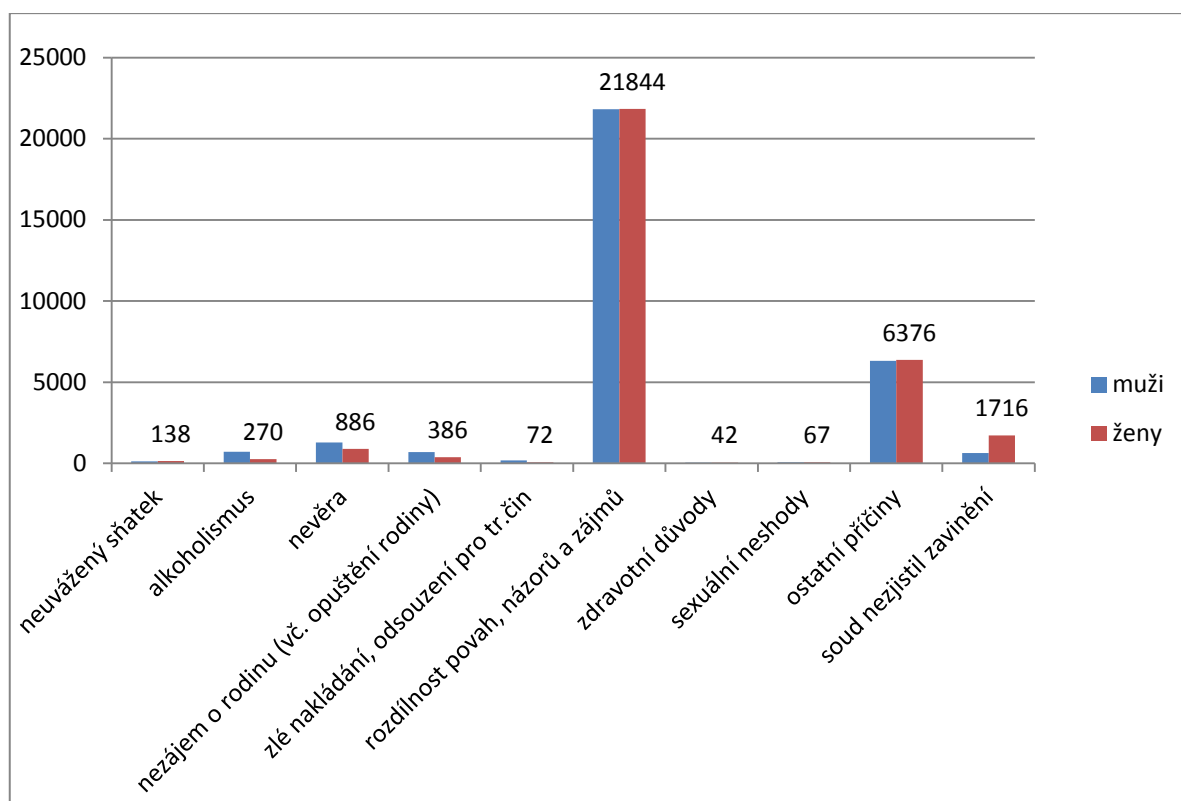
které byly roku 1991 rozvedeny, se týkalo manželství, která trvala déle než 20 let. V roce 2011 to bylo ale už téměř 30% ze všech rozvodů (Rozvodovost, 2012).

Vysoká čísla rozvodovosti vyvolávají někdy údiv a přitahují pozornost kritiků současné společnosti. Pokud ovšem porovnáme situaci České republiky, uvidíme, že se v míře rozvodovosti podobá situaci v západních zemích, například ve Skandinávii nebo Rakousko (Rozvodovost, 2009). Například v USA už v 80. letech byla rozvodovost padesátiprocentní (Sternberg, 1986, s. 136). Jsou ale i evropské země, kde je rozvodovost mnohem nižší, například Itálie (12,0 v roce 2011), nebo Polsko (18,4) (Rozvodovost, 2009).

Můžeme se proto ptát, co je příčinou velkého počtu rozvodů. Příčin bude zřejmě více. Říčan (2006, s. 264) situaci vysvětluje změnou funkcí manželství a jeho významu. Ekonomická a hospodářská funkce ustoupily oproti minulosti do pozadí, manželé už nejsou tolik vázání společným majetkem. Lagmeier a Krejčířová (2006, s. 186) považují za patrně nejpodstatnější skutečnost to, že se žena vymanila z podřízeného postavení a hospodářské závislosti na muži, má často i vyšší vzdělání než muž. Těžiště rodinného života se proto zřejmě posunulo od ekonomických a pouze biologických aspektů k funkcím psychologickým. Rozhodující vliv na stabilitu manželství a riziko rozvodu má tedy kvalita emočních vztahů v rodině. Citová pouta jsou však mnohdy křehčí, než ekonomické vazby (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 186).

Dalším důvodem je pravděpodobně i to, že se změnilo morální a hodnotové cítění ve společnosti a postoje k rozvodu jsou oproti minulosti mnohem tolerantnější (Říčan, 2006, s. 265). Jak ukazují sociologické průzkumy, většina lidí v dnešní společnosti považuje rozvod za přijatelné řešení, pokud manželství nefunguje. Špatné manželství je podle většinového názoru horší, než žádné (Šamanová, Stěhulová, 2011, s. 2).

Každé druhé manželství v dnešní době končí rozvodem. Co bývá nejčastější příčinou rozvodů? Český statistický úřad sleduje celkem 9 kategorií příčin rozvodu manželství. Jde o: *neuvážený sňatek, alkoholismus, nevěra, nezáměr o rodinu (včetně opuštění rodiny), zlé nakládání a odsouzení pro trestný čin, rozdíl povah, názorů a zájmů, zdravotní důvody, sexuální neshody a ostatní příčiny*. Také uvádí jednu kategorii „soud nezjistil zavinění“. Podívejme se pro orientaci, jaké jsou nejčastěji udávané důvody rozvodu v roce 2010. Ten rok bylo 30 783 rozvodů.



Obr 3. Rozvody podle příčiny rozvratu manželství na straně muže a na straně ženy v roce 2010 (Demografická ročenka, 2011).

Na první pohled je patrné, že nejčastější uváděnou příčinou je obecná kategorie *rozdílnost povah a zájmů*, a to jak u mužů, tak u žen. Pokud jde o konkrétně formulované příčiny, pak nejčastěji je udávána *nevěra*, *alkoholismus muže* a *nezáměr o rodinu* (Rozvodovost, 2011).

Zkušenosti z manželských poraden dokládají jako jeden z nejčastějších diagnostikovaných problémů „*citový nesoulad manželů*“, nebo také „*citové odcizení*“ (Kratochvíl, 2009, s. 125), což je v podstatě blízké i výše uvedenému statistickému popisu.

Tyto příčiny potvrzují výše zmíněné úvahy o tom, jak se změnily názory a postoje k manželství. Manželství už není bráno jako ekonomická a společenská jednotka, ale partneři očekávají naplnění psychických a emocionálních potřeb. Pokud nejsou naplněny, rozvod se stává přijatelným řešením emočně neuspokojivého vztahu.

Odhlédneme nyní od této demografické a statistické úrovně uvažování o tématu rozvodu a zaměříme se nyní více na psychologické aspekty daného problému.

Rozvod je závažnou životní událostí, která je spojena se značnou mírou stresu, a to i v případech, že manželství nebylo prožíváno jako uspokojivé. I nešťastné manželství přináší určité výhody, a představa osamělého života vyvolává u řady lidí úzkost (Schaie, Willis, 1986, s. 202). I když si oba partneři rozvod přejí, je provázen stresem a trápením, které

zahrnuje vztek, smutek, sklíčenost, osamocení, lítost, hořkost, pocity viny (Baumeister, Leary, 1995, s. 507). Mnoho lidí prožívá rozvod jako selhání (Schaie, Willis, 1986, s. 202).

Roy Baumeister a Mark Leary (1995, s. 502) se na základě své teorie „*need to belong*“ domnívají, že lidé neradi opouštějí vztahy, dokonce i ty problematické. Rozvod je narušením základní lidské potřeby *někomu náležet*. Proto je rozvod doprovázen řadou negativních emocí a stresem (Baumeister, Leary, 1995, s. 507).

Stres bývá umocněn tím, že rozhodnutí o rozvodu obvykle není sdíleno oběma partnery. Typické je, že jeden partner se chce rozvést, a druhý chce manželství zachovat (Schaie, Willis, s. 202). Statisticky častějším navrhovatelem rozvodu je žena, a to ve dvou třetinách případů (Rozvodovost, 2012). Partner, který se na rozhodnutí o rozvodu nepodílel, se musí vyrovnat s pocity odmítnutí, ponížení a bezmoci. I partner, který se pro rozvod rozhodl, může prožívat stres a negativní emoce, jako jsou pocity viny, smutku, zloby a zklamání (Schaie, Willis, 1986, s. 203).

Vedle výše zmíněných emocí se může objevit zpočátku i šok jako první reakce na situaci rozvodu. Nicméně rozpad manželství nepřichází náhle, zpravidla je to dlouhodobý proces (Říčan, 2006, s. 267). Obvykle jde o kulminaci dlouhodobého procesu emocionální separace obou partnerů a rostoucí nezávislosti (Schaie, Willis, s. 202).

Z psychologického pohledu je rozvod dlouhý proces⁵, jehož počátek je v době, kdy jeden z manželů značně o rozvodu uvažovat jako o reálné možnosti. Tento proces nekončí právním, soudním rozhodnutím o rozvodu, ale až ustálením samostatného životního stylu partnerů (Kratochvíl, 2009, s. 217).

Rozvod je bezesporu stresující událost. V určitých situacích ale již není možné manželství dále udržet, protože neplní své funkce nebo neuspokojuje potřeby partnerů (Kratochvíl, 2009, s. 217). Nicméně Plaňava (1994, s. 29) se domnívá, že ve většině případů bylo možné rozvodu v určité fázi předejít. Stejně tak existují vztahy, které přetrvávají, i když jsou partneři spolu nešťastní. V manželství zůstávají z jiných důvodů, například z ekonomických, náboženských, kvůli dětem, apod. (Schaie, Willis, 1986, s. 201). Někdy i do relativně spokojeného manželství zasáhnout vnější vlivy takovou silou, že dosavadní soužití dramaticky změní. Situace poranění mozku je toho příkladem – podle některých výzkumů je u manželů, kde jeden utrpěl poranění mozku, statisticky vyšší riziko rozvodu (Gosling, Oddy, 1999, s. 785). Co tyto páry drží tedy vlastně pohromadě? Abychom na to mohli odpovědět, nejprve se musíme zaměřit na samotné téma poranění mozku. Otázce, co prožívají lidé po poranění mozku a jejich partneři, bude věnována následující část této práce.

⁵ Rozvod jako proces popisuje například Klimeš (2005) nebo Plaňava (1994).

PORANĚNÍ MOZKU A MANŽELSTVÍ

Tato část se věnuje nejprve vymezení a definici poranění mozku a popisem následků. Dále je pozornost věnována prožívání rodinných příslušníků a především manželů osob po poranění mozku.

5. Poranění mozku

Svět má tak úzké obzory, a mozek nekonečné možnosti.

Friedrich Schiller

V názvu této práce je uveden pojem „*poranění mozku*“. Nejde o přesný medicínský či diagnostický termín, ale o zobecňující pojem, který není ani přesně vymezen, ani jednoznačně používán.

V odborné literatuře se můžeme setkat s pojmy *poranění mozku* a *poškození mozku*. *Poškození* se chápe jako obecnější termín zahrnující různé druhy poškození mozku, zatímco pojem *poranění* odkazuje na typ poškození mozku, zapříčiněného vnějšími vlivy, například úrazem (Kulišťák, 2011b, s. 203).

V této části práce vycházím především z anglicky psané literatury, kde používá pojem „*Brain Injury*“, ne vždy je ale specifikováno, o jaký druh poškození jde. Pojem *Injury* můžeme přeložit jako poranění i jako poškození. Různé zahraniční organizace, které se zaměřují na danou problematiku, ve svém vymezení pojmu *Brain injury* odkazují na britskou asociaci *Headway – The Brain Injury Association*. Ta zahrnuje pod pojem „*Acquired Brain injury*“ několik typů poranění mozku: *traumatic brain injury* (traumatické poranění mozku), *stroke* (mozkové příhody), *brain tumor* (poškození zapříčiněné nádorem), *aneurysm* (aneurysma), *brain haemorrhage* (krvácení do mozku), *encephalitis* (encefalitida), *hydrocephalus* (hydrocefalus), *anoxic brain injury* (poškození mozku způsobené hypoxií, nedostatkem kyslíku v mozku). Pojem obvykle nezahrnuje vrozené, ani degenerativní poškození mozku (Headway, 2012).

Kulišťák (2011b, s. 203) rozlišuje *užší* a *širší pojetí* pojmu poranění mozku. V užším pojetí se jedná jen traumatické poškození mozku. *Širší pojetí* pojmu zahrnuje i mozkové příhody, neboť ty také „*narušují integritu nervové tkáně mozku*“.

Vzhledem k tomu, že v této práci cituji často z anglicky psané literatury, která používá obecný pojem „*Brain Injury*“, zahrnující více typů poranění (poškození) mozku, budu v této práci používat pojem *poranění mozku* v tomto širším smyslu, jak definuje

Kulišťák (2011, s. 203). Navíc v této práci jde především o hledisko partnerů, nikoliv o medicínské souvislosti různých typů poškození mozku. Z hlediska prožívání pečujících a partnerů pacientů nehraje takovou roli příčina poškození mozku, jako spíše následky, které mohou být podobné jak u traumatických poškození mozku, tak u cévních mozkových příhod. Obojí je charakterizováno náhlostí a nečekaností, s jakou situace vstoupí do života, a obvykle následuje obdobný průběh rekonvalescence a rehabilitace.

V odborné literatuře se můžeme setkat s různými údaji o četnosti poranění mozku. V Powellově (2010, s. 21) monografii se uvádí, že ročně je u nás hospitalizováno více než 80 tisíc osob s poškozením mozku, z toho 48 tisíc utrpělo cévní mozkovou příhodu, a 28 tisíc traumatické poranění mozku. Smrčka (2009, s. 104) uvádí, že ročně je u nás hospitalizováno až 35 000 osob s poraněním mozku. I když se konkrétní údaje různí, je na první pohled jasné, že poranění mozku rozhodně není okrajovou problematikou.

Ročně u nás dochází přibližně k 350 úmrtím následkem poranění mozku (Smrčka, 2009, s. 104). Přibližně polovina pacientů s těžkým poraněním mozku je mladší 25 let (Švestková, 2009). Ve věkové skupině do 45 let jsou úrazy CNS dokonce nejčastější příčinou úmrtí (Jurán at al., 2001). Poranění mozku jsou u mužů dvakrát až třikrát častější, než u žen (Powell, 2010, s. 22). Nejčastější příčinou poranění mozku jsou dopravní nehody (Švestková, 2009).

Závažnost poranění má velké rozpětí od drobného úrazu, kdy dojde k úderu do hlavy, ze kterého se zatočí hlava, až po těžké poranění, po němž následuje kóma na několik měsíců (Powell, 2010, s. 36). Stupně závažnosti poranění se určují podle délky ztráty vědomí a posttraumatické amnézie⁶ (PTA). Powell (2010) popisuje tyto stupně závažnosti poranění:

- **Lehké poranění hlavy:** Lehká poranění hlavy tvoří asi 80% všech poranění. Nedochází ke ztrátě vědomí, nebo jeho délka nepřesahuje 15 minut, posttraumatické amnézie trvá maximálně hodinu
- **Středně těžké poranění hlavy:** Ztráta vědomí trvá od 15 minut až po 6 hodin, posttraumatická amnézie trvá až 24 hodin.
- **Těžké poranění hlavy:** Kóma trvá déle než 6 hodin, posttraumatická amnézie je delší, než 24 hodin.

⁶ Posttraumatická amnézie je stav, kdy pacient není orientován místem a časem, je „při vědomí, mluví jasně, zdá se, že je v kontaktu s okolím, docela jako dřív, ale ve skutečnosti si není pořádně schopen zapamatovat každodenní věci“ (Powell, 2010, s. 36).

- **Perzistentní vegetativní stav:** Kóma trvá měsíce, nebo i roky. Tento stav se vyskytuje jen u malého počtu lidí, kteří utrpěli poranění mozku. Například ve Velké Británii se tento stav týká méně než 100 lidí (Powell, 2010, s. 40)

Většina výzkumů, které se týkají osob po poranění mozku, se zaměřuje právě na pacienty s těžkým poraněním. Tento druh poranění tvoří asi 10% ze všech poranění mozku (Navrátil et al., 2009, s. 86). Tito pacienti jsou vždy hospitalizováni a obvykle poté procházejí delší rehabilitací (Powell, 2010, s. 40).

5.1. Změny po poranění mozku

Poranění mozku může mít řadu různých následků, které se týkají jak fyzického, tak psychického a sociálního fungování člověka (Smith, Godfrey, 1995, s. 2-3). Kromě toho se mohou objevit i příznaky, kterou jsou spojovány s posttraumatickým stresovým syndromem (Kulišťák, 2011a, s. 341). Podívejme se nyní na přehled nejčastěji uváděných následků poranění mozku:

Fyzické následky

Uvádí se, že do jednoho roku od úrazu se fyzicky uzdraví až 90% osob s těžkým poraněním mozku. Mohou se ale objevit obtíže, kterou jsou sice méně nápadné, přesto mohou být velkým problémem, jako například zvýšená únava a bolesti hlavy (Powell, 2010, s. 59). Fyzické následky mohou zahrnovat: *poruchy hybnosti a koordinace pohybů, poruchy rovnováhy a závratě, dyspraxie, poruchy smyslového vnímání, poruchy čichu a chuti, únava a vyčerpání, bolesti hlavy, epilepsie, inkontinence moči a stolice* (Powell, 2010).

Kognitivní obtíže

Nejčastěji bývají jmenovány: *poruchy paměti* (posttraumatická amnézie, retrográdní amnézie, poruchy krátkodobé či dlouhodobé paměti), *pozornost a schopnost soustředění, exekutivní funkce, prostorová orientace a vizuální vnímání, schopnost používat řeč, komunikační potíže* (ochuzení verbální fluence, neschopnost využít environmentální podněty/signály, používání nevhodných forem řeči a gestikulace, expansivní mluvení, narušení sociální percepce, selhávání v navázání a udržení konverzace, malý oční kontakt, negativní afektivní obsah během řeči, obtíže s udržením pozornosti k tomu, co je řečeno, neschopnost vyjádřit přesně své myšlenky), *snížení IQ* (Smith, Godfrey, 1995, Powell, 2010).

Psychické následky

Většina osob po traumatickém úrazu mozku (TBI, traumatic brain injury) trpí trvalými a nepříznivými změnami osobnosti, emočními obtížemi a behaviorálními problémy (Smith, Godfrey, 1995, s. 1). Mnoho výzkumů dokládá, že pro rodinu a pečující osoby jsou mnohem více stresující právě emoční a kognitivní potíže, než fyzické následky poranění (Powell, 2010, s. 59). Rodinní příslušníci často uvádějí, že jejich blízký po poranění mozku už není tím stejným člověkem, jakým byl před úrazem (Smith, Godfrey, 1995, s. 6). Navíc emoční změny a změny v chování jsou pro okolí nejen hůře srozumitelné, ale i hůře akceptovatelné pro okolí postiženého člověka. Větší soucit mívají lidé s někým, kdo je na vozíčku, než s někým, jehož chování je agresivní či bez zábran (Powell, 2010, s. 93).

Tyto obtíže se ale objevují opět v různé míře, v závislosti na druhu a vážnosti poranění, časem se mohou zmírňovat (Powell, 2010, s. 93). Mnoho autorů zmiňuje, že k největšímu spontánnímu zotavení dochází během prvních 6 měsíců po úrazu, později dochází jen k menším změnám. Znovuobnovení fungování je charakterizováno nesmírnou individuální variabilitou ve smyslu povahy a vážnosti postižení. Kompletní zotavení se dostavuje zřídka, obecně TBI vede k dlouhodobému kognitivnímu a behaviorálnímu postižení (Smith, Godfrey, 1995, s. 8).

Psychické následky, emocionální problémy a problémové chování se mohou objevit v mnoha oblastech: *nedostatek náhledu, narušená schopnost sebehodnocení, impulzivita a ztráta zábran, násilné chování, nervozita a neklid, podrážděnost a výbuchy vzteku, emoční labilita, sebestřednou a dětinskost, zvýšená iritabilita, podezíravost a zloba, psychická nevykonnost, emoční otupělost a oploštělost, výrazné snížení sebedůvěry, apatie a ztráta motivace a spontaneity, deprese a úzkosti, rigidní myšlení a utkvělé myšlenky, akcentace premorbidně „tlumených“ osobnostních rysů, sexuální problémy* (zvýšení i snížení sexuality, nevhodné sexuální chování, ztráta zábran) (Kulišťák, 2011a, Powell, 2010, Smith, Godfrey, 1995).

6. Manželé osob po poranění mozku

Žena oceňuje na muži nejméně mozek

Maurice Chevalier

Předchozí kapitola popisovala druhy a následky poranění mozku. V této kapitole se zaměříme na to, jak tyto následky prožívají nejbližší – rodinní příslušníci a především pak manželé osob po poranění mozku.

6.1. Poranění mozku jako zátěžová situace pro rodinu

Muriel Lezaková napsala roku 1988 práci s názvem „*Brain Damage Is a Family Affair*“ Tento název často citované práce naznačuje, že poranění mozku zasahuje nejen jednotlivce, ale celé rodiny, které zažívají enormní zátěž (Blais, Boisvert, 2005, s. 1223). Powell (2010, s. 123) dokonce tvrdí, že rodinní příslušníci mohou zažívat větší zátěž, než samotní pacienti po poranění mozku, protože mají přesnější náhled na vzniklou situaci a její následky.

Rodina a pečující musí čelit řadě změn ve svém životě a a přijmout mnoho náročných úkolů. Předně je to obvykle rodina, která musí převzít odpovědnost za další péči, když je pacient po poranění mozku propuštěn z nemocnice. Zátěž, která vyplývá z péče o postiženého člena rodiny, může trvat i řadu let a stávat se chronickou (Smith, Godfrey, 1995, s. 1). Rodina se navíc musí adaptovat na řadu následků, které jsou spojeny s poraněním mozku. Tyto následky, zahrnující fyzické, kognitivní a emocionální změny, byly podrobněji vyjmenovány v předchozí kapitole. Fyzické následky zdaleka ale nejsou pro rodinné příslušníky tak silným stresorem, jako emoční potíže a změny v chování a osobnosti (Powell, 2010, s. 123). To potvrzují ve svém výzkumu Blais a Boisvert (2005, s. 1124): větším prediktorem prožívaného stresu jsou právě emocionální změny, kognitivní deficity, agresivita a sociální neinhibované chování, než medicínská kritéria závažnosti poranění, jako je například délka posttraumatické amnézie. Rodina si navíc musí zvyknout na nové chování a osobnost člověka po poranění mozku (Smith, Godfrey, 1995, s. 121). Nevyhnutelnou změnou, se kterou se musí rodina vyrovnat, je *změna rolí* a celková restrukturalizace rodiny. Adaptace na tyto změny je často obtížná (Smith, Godfrey, 1995, s. 11). Kromě toho se rodina musí vyrovnávat s řadou změn, které se týkají *sociálního statusu*. Nejen pokud se poranění mozku týká živitele rodiny, musí se blízcí vypořádat s úbytkem příjmů, sociální izolací. Mění se i celkové očekávání budoucnosti. (Smith, Godfrey, 1995, s. 121).

To, že rodinní příslušníci prožívají značný stres, není překvapivé, k tomuto závěru by postačila laická úvaha. Různé výzkumy se snaží podrobněji popsat a kvantifikovat míru a intenzitu zátěže a její vývoj v čase. Nejčastěji se zkoumá výskyt symptomů deprese a úzkosti. Konkrétní závěry výzkumů se ale značně liší. Můžeme se tak setkat s různými údaji, které udávají, že 23%-73% pečujících vykazuje známky stresu, které zahrnují depresi a úzkost (Blais, Boisvert, 2005, s. 1224)⁷.

Výzkumy často hovoří o prožívané zátěži, nebo se zaměřují na zkoumání četnosti a intenzity symptomů úzkosti a deprese (např. Blais, Boisvert, 2005). Prožívání blízkých je však naplněno mnohem pestřejší škálou emocí. Každý člověk může zátěžovou situaci prožívat jinak, odlišné způsoby zvládání situace mohou vyvolat nepochopení u okolí (Powell, 2010, s. 131). Mezi první reakce patří šok, úzkost či panika. Je to přirozená reakce na zátěžovou situaci (Powell, 2010, s. 128).

Tam jsem se naprosto teda sesypala, to bez jakéjkoliv příkrášlování, tam jsem se teda, jak já říkám, rozložila na prvočinitele (Paní B, 93-94)

Stejně tak přirozený je vztek a frustrace. V situaci, kdy blízký člověk leží v nemocnici a jeho prognóza je nejistá, se tak pocity vzteku a frustrace mohou obrátit jak proti lékařům a zdravotnímu personálu, tak i vůči ostatním členům rodiny. Stejně tak přirozenou reakcí, která má obrannou funkci, je přehnaný optimismus, popření závažnosti situace, která pomáhá zvládat nejistotu a nepříjemné emoce (Powell, 2010, s. 129). Přirozenou reakcí na ztrátu je i smutek. Depresivní symptomy se mohou objevit, pokud se nenaplní očekávání pozitivní změny, zdravotní stav se stabilizuje a pokroky v léčbě jsou minimální. Pláč je pak opět přirozenou reakcí, která je součástí truchlení (Powell, 2010, s. 133). Další emocí, která se u blízkých objevuje, je pocit viny. Příbuzní mohou mít výčitky svědomí, že neudělali dost pro svého blízkého. Pocity viny mohou být o to větší, pokud má rodinný příslušník pocit, že je za úraz odpovědný, ať už jde o reálnou vinu (dopravní nehoda),

⁷. Na stupeň prožívané zátěže a distresu má vliv vážnost poranění, čas uplynulý od poranění a typ vztahu, i když i přesto jsou závěry výzkumů značně rozporuplné. Nicméně výsledky různých výzkumů, které zkoumají míru této zátěže, se rozcházejí. Odlišné závěry výzkumů, které se zabývají intenzitou prožívané zátěže a jejím vývojem v čase, je dán do značné míry odlišnou metodologií výzkumů. Vliv má obvykle heterogenita zkoumaného vzorku. Výzkumy často zkoumají zátěž u „pečujících“, skupinu zkoumaných osob tvoří v různém poměru rodiče, partneři, sourozenci a další blízcí, rovněž je odlišné zastoupení mužů a žen ve zkoumaném vzorku. Také se liší závažnost poranění a odlišné fáze období po poranění, kdy je prožívaný stres zkoumán (Blaise, Boisvert, 2005, s. 1224-6).

nebo o neurotické přesvědčení pramenící z úzkosti a nadměrné síly superega (Powell, 2010, s. 132-134).

Při autonehodě, kterou jsem řídila já, to auto, a stalo se to vlastně vinou mikrospánku, po... takže... asi mi tu vinu z mozku nikdo nevytlučte (Paní C., 43-44).

V neposlední řadě se může dostavit pocit vyčerpanosti. Pokud blízcí tráví každý den v nemocnici, nebo ošetřováním svého blízkého, zapomínají na sebe a na své potřeby (Powell, 2010, s. 134).

V odborné literatuře najdeme i různé úvahy o tom, jak se vyvíjí subjektivně prožívaná zátěž v čase. Powell (2010, s. 123) tvrdí, že postupem času se pociťovaná zátěž zvyšuje, neboť dochází síly zvládat problémy. Potvrzují to i některé výzkumy, které ukazují, že stres se zvyšuje a trvá ještě i 5 let po od doby úrazu (Perlesz et al., 1999, s. 12). Jiné výzkumy však došli k odlišným závěrům. Někteří autoři naznačují, že zátěž a stres je nejvíce pociťován v rámci prvního roku po úrazu, ale pak postupně klesá, neboť časem se rodina adaptuje na situaci a naučí se jí zvládat (Perlesz et al., 1999). Jiní autoři došli při dlouhodobém sledování partnerů osob po poranění mozku k závěru, že zátěž a stres pečujících se nejvíce zvyšuje v době od 3 do 12 měsíce po traumatu. Trvá ale ještě i 7 let po úrazu (Blais, Boisvert, 2005, s. 1125). Norup et al. (2010, s. 86) upozorňují, že časem se mění nejen intenzita prožívané zátěže, ale i její zdroj. Krátce po poranění mozku se pociťovaný stres pečujících týká fyzického zdraví pacienta po poranění mozku. S větším časovým odstupem se stres a zátěž odvíjí spíše od emocionálních změn, než od fyzických deficitů (Norup et al., 2010, s. 86).

Jak jsme viděli, celkově se v odborné literatuře a výzkumech předpokládá, že rodina osoby po poranění mozku zažívají v různé intenzitě a různou dobu výrazný stres a enormní zátěž. Tyto závěry ale mohou být také ovlivněny tím, že výzkumy se zaměřují především na negativní aspekty situace a nezkoumají pozitivní zkušenosti, kdy se rodina úspěšně adaptovala na situaci (Perlesz et al., 1999, s. 7).

6.2. Průběh péče a rekonvalescence z hlediska blízkých

Lidé s těžkým poraněním mozku procházejí často několikaměsíční léčbou a rehabilitací. Toto období je náročné nejen pro samotné osoby po poranění mozku, ale i pro jejich rodinné příslušníky, především jejich partnery. Podívejme se proto na to, čím procházejí nejen pacienti, ale právě i jejich blízcí. Pro ilustraci prožívání situace z hlediska partnerů uvádím citace z rozhovorů, které byly uskutečněny v rámci výzkumné části.

Od úrazu do stabilizace zdravotního stavu

Ihned po úrazu je pacient obvykle na *jednotce intenzivní péče*, do té doby, než se jeho stav stabilizuje (Powell, 2010, s. 46), popřípadě se dostávají na oddělení neurochirurgie, neurologie, traumatologie či anesteziologicko-resuscitačním oddělení (Smrčka, 2009, s. 104, Švestková, 2009). V prvotní fázi jde především o otázku přežití pacienta. Prognóza stavu pacienta po poranění mozku velice vážná, asi 40% pacientů po těžkém poranění mozku umírá, dalších asi 30% pacientů zůstává velmi těžce postižených anebo v tzv. vegetativním stavu (Smrčka, 2009, s. 104).

Jeden mladý pan doktor sdělil, že manžel zřejmě zůstane v tomhleto vegetativním stavu, už se neprobere (Paní B., 115-116).

A ten člověk tam ležel, byl v tom umělém spánku, a do toho nám furt říkali: „počítejte s tím, že vám třeba za půl hodiny zavoláme, aby vám řekli, že Vám umírá“. (Paní C., 105-108)

Vzhledem k tomu, že počáteční prognózy zdravotního stavu bývají pesimistické a lékaři dávají malé šance na přežití, je hlavním přáním rodiny to, aby jejich blízký hlavně přežil. První emoční reakcí rodiny a blízkých bývá *šok a panika* (Powell, 2010, s. 125).

Já jsem se strašně bála, že ho udržej při životě v nějakém špatném mentálním stavu. Protože jsem věděla, že to nechce (Paní C., 626-627).

Stabilizace stavu a začátek rehabilitace v nemocnici

Když se pacient probudí z umělého spánku, zažívá rodina *úlevu, radost a euforii*, že jejich blízký přežil. Často ale dochází k *popření* budoucích problémů. Situace může být vnímána zkresleně vlivem drobných zlepšení, které vedou k nerealistickému očekávání zlepšení (Powell, 2010, s. 125).

Jednak první, co bylo, že nám dovolili mu dávat pít, no tak jsme se hrozně radovali (...)radovali jsme se, že ví, co je hruška, že víc, co je pomeranč (Paní C., 202-204)

Po tom, co je zdravotní stav stabilizován, je pacient obvykle převezen na jiné, *otevřené oddělení nemocnice* (Powell, 2010, s. 46). V praxi se však pacienti a jejich příbuzní setkávají s velkým kontrastem mezi špičkovou péčí v akutní fázi a nedostatečnou nebo chybějící péčí v pozdější, chronické fázi (Smrčka, 2009, s. 104).

Pak byl poměrně dramatickejší propad v té lékařské péči, když ho přesunuli na normální oddělení (Paní C., 222-223).

A, no tak tam to začalo bejt vlastně, hrozný to, že hrozně klesla kvalita té péče, takže my jsme se strašně snažili, ale moc to nešlo, výsledek byl vlastně to, že manželovi se vlastně udělala proleženina na patě (Paní C., 230-232)

Po ukončení akutní péče by měla co nejdříve začít rehabilitace, neboť na jejím včasném zahájení, kontinuitě a intenzitě závisí výsledky. Cílem rehabilitace je předcházet následkům poranění a umožnit pacientovi po poranění mozku co největší nezávislost a soběstačnost (Švestková, 2009). V týmu pečujících by se kromě lékařů měli střídát i fyzioterapeuti a jiní specialisté, do rehabilitace by měl být zapojen psycholog, logoped, ergoterapeut (Powell, 2010, s. 46) a neuropsycholog (Kulišťák, 2011a).

Zpočátku rehabilitace mohou být pokroky značné, což může u rodinných příslušníků podpořit optimistický postoj a naději. Naopak zpomalení procesu rehabilitace po několika měsících může vést k pocitu *úzkosti, rozčarování, depresi, vzteku a pocitu viny*. Příbuzní se mohou zlobit na personál nemocnice, který neposkytuje v jejich očích adekvátní rehabilitační péči, na svého blízkého, který se v jejich očích málo snaží, ale i sami na sebe, že neudělali dost pro svého blízkého (Powell, 2010, s. 125).

V poslední době mám pocit, že jsem častěji a častěji netrpělivá, že mě, že mě ty jeho... limity, který má, začínaj zlobit (Paní B., 926-928).

Po propuštění z nemocnice

Když je pacient po určité době propuštěn z nemocnice, odvíjí se další péče nejen od jeho zdravotního stavu a jeho potřeb, ale i nabídky a dostupnosti následné péče. Někteří pacienti využívají další rehabilitační péče v odborných *rehabilitačních zařízeních* (Powell, 2010, s. 47). Příkladem takových rehabilitačních zařízení jsou Vojenský rehabilitační ústav Slapy nad Vltavou, Rehabilitační ústav Kladruby, Rehabilitační klinika Malvazinky, atd. Vzhledem k dlouhým čekacím dobám a vyčízenosti těchto zařízení nemají všichni to štěstí, aby ihned po propuštění z nemocnice mohli nastoupit takovýto rehabilitační pobyt. Někteří pacienti zůstávají doma, v domácím ošetřování, kde o ně pečují rodinný příslušník, popřípadě využívají služeb sociální péče, a dochází na rehabilitaci ambulantně (Švestková, 2009). Někteří pacienti, o které se nemá kdo postarat, mohou skončit v léčebných dlouhodobě nemocných (Smrčka, 2009, s. 104).

Řekli, že si ho musím vzít domů, i když byl... úplně v takovém stavu - říkali, že si musím najít nějakou rehabilitaci, a... a nebo s ním rehabilitovat doma - to je nezajímalo, jestli... jestli... máte k tomu podmínky, nebo nemáte. (Paní H., 76-79)

Takže jí pustili, zhruba, já nevím, po tři čtvrtě roce, domů se dostala, a to byla v takový situaci a v takovém stavu, že, prostě nedokázala se na posteli ani otočit, natož se posadit, nebo něco, prostě vůbec. No a tak postupně že jo, se to začalo zlepšovat, domů chodily sestry s ní cvičit, rehabilitační, protože ona nebyla vůbec schopná vstát z postele (Pan D., 39-43)

Po návratu pacienta po poranění mozku do domácího prostředí si rodina jasněji začíná uvědomovat přetrvávající následky a stabilitu daného stavu. Toto uvědomění může být spojeno s pocity *smutku*, *deprese*, ale i *vzteku* (Powell, 2010, s. 125).

A já teďka mám takový období, kdy si uvědomuju, že on nebude stejnej, jaký byl, a....a... asi to na mě teď začíná dolehat (Paní B., 944-946)

Pomalů se začínám vyrovnávat s tím, že si uvědomuju, že on už nebude takovej, jaký byl (Paní B., 381-382)

Rehabilitace a rekonvalescence je běh na dlouho trať. K největším pokrokům dochází během prvního půl roku, poté jsou zlepšení pomalejší a subtilnější. Dříve se tvrdilo, že nejdůležitější jsou změny do dvou let, poté je stav stabilní. Pokroky se však dějí i mnoho let od poranění, i když nejsou tak viditelné (Powell, 2010, s. 44- 45).

6.3. *Specifický dopad poranění mozku na manželství*

Předchozí kapitoly popisovaly zátěž, kterou prožívají lidé, jejichž příbuzný utrpěl poranění mozku. I když mnohé výzkumy, které se týkají pečujících rodinných příslušníků, nerozlišují typ příbuzenského vztahu, někteří autoři poukazují na to, že partneři-manželé zažívají specifický typ zátěže oproti jiným rodinným příslušníkům (např. Perlesz, et al., 1999, Blais, Boisevert, 2005). I vzhledem k tématu této práce se nyní zaměříme na to, jaký dopad má poranění mozku specificky na manžele a na manželství.

V čem se ale vlastně liší zátěž, kterou prožívají manželé osob po poranění mozku od jiných pečujících v rodině? Výzkumy nejčastěji srovnávají 2 skupiny pečujících příbuzných: manžele a rodiče.

Například Perlesz et al. (1999) upozorňují na to, že pečující-manželé zažívají kvantitativně i kvalitativně jiný typ zátěže, než pečující-rodiče. Důvodem, proč má situace, kdy blízký utrpěl poranění mozku, negativnější dopad na partnery, než na rodiče, tkví v tom, že je rozdíl pečovat o dítě a pečovat o partnera (Blais, Boisevert, 2005, s. 1125). Role pečovatele je pro partnery obtížnější, než pro rodiče, neboť rodičovská role přirozeně zahrnuje péči o svého potomka. Rodiče tedy spíše opět přebírají roli, kterou už znají. Rodiče jako pečující jsou spíše připraveni respektovat změnu role, neboť péče o svého potomka je přirozená (Blais, Boisevert, 2005, s. 1225). Partneři oproti rodičům také prožívají velkou změnu rolí, neboť ztrácejí specifický druh vztahu, který je založen na vzájemnosti a sdílení (Perlsz et al., 1999). Partneři zažívají pokles partnerské a emocionální podpory a ztrátu sexuální intimity (Blais, Boisevert, 2005, s. 1225). Rovněž finanční dopad na existenční situaci je jiný, obvykle je situace horší pro partnerky, obzvláště pokud muž byl živitelem

rodiny (Blais, Boisevert, 2005, s. 1225). Pokud jsou pečujícími rodiče, hlavní zdroj příjmu v rodině obvykle není zasažen, rodiče mají spíše vybudované stabilní zázemí, nebo v případě starších dospělých po poranění mozku mohou být již v důchodu.

Celkově lze na základě výzkumů shrnout, že manželé osob po poranění mozku zažívají specifickou zátěž, kvalitativně i kvantitativně odlišnou, než jiní rodinní příslušníci (Blais, Boisevert, 2005), prožívají vyšší stupeň úzkosti a deprese, než pečující – rodiče (Norup et al, 2010, s. 85). Mnoho změn, spojených s poraněním mozku, negativně ovlivňuje prožívanou kvalitu manželského vztahu několik let po poranění mozku (Gosling, Oddy, 1999).

Jedním z prvních autorů, kteří upozornili na specifickou zátěž manželů osob po poranění mozku, byla M. Lezaková. Upozornila na to, že manželé prožívají pocit ztráty svého partnera, který se stal po poranění jiným člověkem, ale nemohou nad ztrátou truchlit, protože jejich partner stále žije (Perlesz et al., 1999, s. 19).

Pokud se zabýváme partnery osob po poranění mozku, je třeba upozornit na to, jde nejčastěji o ženy-manželky. Ve výzkumech zaměřených na partnery osob po poranění mozku tvoří ženy minimálně tři čtvrtiny zkoumaného vzorku, někdy je skupina respondentů tvořena výhradně ženami (Perlesz et al., 1999).

I když většinu zkoumaný vzorek ve výzkumech tvoří ženy, byly definovány i určité rozdíly mezi muži a ženami v tom, na jaké obtíže si u svého partnera po poranění mozku stěžují. *Manželky* si nejčastěji stěžují na změny v osobnosti manžela, změny v kognitivních schopnostech manžela, nedostatek náhledu a nepřijetí omezení, omezení finančních zdrojů, ztráta emocionální podpory, sdílení a přátelství, pocit neschopnosti naplnit potřeby dětí. *Manželé* u svých partnerek po poranění mozku obtížně snášejí ztrátu autonomie partnerky, výkyvy nálad, nejistotu a zvýšenou protektivitu, neochotu opustit domov a obecné změny v životním stylu po poranění (Willer et al., 1991, podle: Perlesz et al., 1999, s. 19).

Jako občas má takový depky - jako deprese, depka (smích) - který prostě, přecházej až do takovýho, nějaký... zuřivosti (...) a je to taková sínusovka, jednou jo, jednou ne (Pan D., 203-206)

Povahově hodně no. Je hodně, hodně, taková... no. Náladová, no (Pan E., 288).

Nyní se podívejme podrobněji na to, co konkrétně prožívají manželé a manželky osob po poranění mozku a s čím se musí vyrovnat:

Změna rolí

Nejčastější změnou, která je uváděna ve výzkumech, a která je prožívaná jako velký stresor, je změna rolí, která následuje po tom, co partner utrpěl poranění mozku. Velké změny rolí mohou znamenat výzvu pro oba partnery, kteří se musí naučit v páru novému chování (Blais, Boisvert, 2005).

Protože já jsem nechtěl být vůdčí osobnost, já jsem chtěl prostě mít dobře, a tím to haslo, nechtěl jsem přemejšlet za 2 lidi, to dělala do té doby ona (Pan E., 304-305).

Někdy může být změna velice výrazná – z dominantního živitele rodiny se stává zdravotně postižený člověk v invalidním důchodu, který přijímá péči své partnerky (Powell, 2010, s. 138).

Já si teď vůbec nepřípadám, jako manželka, já (...) já si ještě teď furt ještě připadám víc jako ošetřovatelka, a opatrovatelka (Paní B., 697-699)

Nejčastěji znamená pro ženy změnu především velký nárůst odpovědnosti. Ženy musí samy učinit mnoho rozhodnutí, které dříve patřily oběma partnerům, nebo jen druhému partnerovi. Tyto nové povinnosti spíše odráží rodičovskou roli. Mateřská, pečující role se ale neslučuje s rolí intimního partnera (Gosling, Oddy, 1999, s. 792) a do vztahu to přináší řadu problémů.

Tím silnějším v tom páru já (...), pořád mám takovej pocit, že musím rozhodovat za oba (Paní B., 739-742)

Že prostě všechno jsem začal dělat já, přemejšlet za dva lidi, dělat za dva lidi, v podstatě představ si, že máš opravdu malý dítě doma (Pan E., 353-354)

Partneři, muži se pak najednou musí vyrovnat s prací v domácnosti:

Já jsem si opravdu musel zvyknout na to, začít všechno dělat, já dřív jsem nevařil, že jo (...). No a teďka člověk musí dělat všechno, jo. (Pan D., 436-441)

Tyto změny mohou být zpočátku zdrojem úzkosti, frustrace a zlosti. Na druhou stranu, změna rolí je výzvou pro oba partnery – zvládnutí krize dává šanci změnit se a vyvrát oběma partnerům v manželství (Powell, 2010, s. 138).

Změny ve vztahu – emocionální aspekty

Nejen změna rolí po poranění mozku má vliv na odlišné prožívání vztahu. Vztah jako takový už není prožíván jako rovnocenný. Ženy prožívají ztrátu přátelství a vzájemného sdílení ve vztahu (Gosling, Oddy, 1999).

Ženy také ve vztahu mohou postrádat projevy lásky. I to je jeden z důvodů, proč je péče o blízkého po poranění mozku obtížnější pro partnery než pro rodiče. Pro partnery je

obvykle velmi obtížné, pokud milují svého partnera, ale cítí, že se jejich láska změnila. Už to není partnerská láska, která zahrnuje intimitu a přitažlivost, ale podobá se více lásce sourozenecké (Powell, 2010, s. 135).

Třeba přišel a pohladil... ale... teď ho to nenapadne... (Paní H., 730)

Musíte si i říkat o to, aby vás objal, jeho to prostě nenapadne... musíte si říkat, aby vás pohladil, prostě o všechno, no. (Paní G., 543-544.)

Mohou se změnit celkově emoce, které si partneři projevují. Gosling a Oddy (1999, s. 790) identifikovali ve svém výzkumu dva aspekty, které se týkají exprese emocí. Zdraví manželé vnímají, že jejich partner po poranění mozku málo vyjadřuje emoce, což je spojeno s nejistotou zdravého partnera o tom, co jeho partner cítí. Vyjadřování emocí ve vztahu ke zdravému partnerovi je vhodné podporovat například v rámci terapie (Gosling, Oddy, 1999, s. 793). Dále Gosling a Oddy (1999, s. 793) identifikovali, že emoci, kterou naopak partneři po poranění mozku projevují častěji, je *vděčnost*.

Celkově Perlesz (1999) shrnuje závěry mnoha výzkumů, které naznačují, že po poranění mozku se v manželstvích objevuje signifikantně méně koheze, menší spokojenost s partnerovou osobností a roste četnost manželských konfliktů v rámci vztahu (podle: Perlesz, 1999). Mezi manželi může dojít ke ztrátě sexuální touhy, intimity, empatie a komunikace (Perlesz et al., 1999, s. 19).

Změny v sexuální oblasti

Po poranění mozku dochází k řadě změn, které mají vliv na kvalitu manželského vztahu v mnoha směrech. Změny rolí, změny vzájemného projevování emocí, a samozřejmě i fyzická omezení partnera po poranění mozku mají vliv na sexuální soužití partnerů.

Člověk si občas připadal, jako pedofil, když to chování bylo, jako úplně normální ženská, prostě hormony fungují, ale prostě...cvak a je konec, prostě, malý dítě, začala se chovat jako malý dítě a tím to prostě skončilo (Pan E., 506-508).

Gosling a Oddy (1999, s. 787) shrnují typy obtíží, které se objevují po poranění mozku, a mají vliv na sexuální život partnerů:

- 1) problémy v celkové disinhibici chování, které zahrnuje sexuální chování,
- 2) problémy související se sexuálním chováním, jako je paranoidní a podezřívavé chování, například obviňování z nevěry apod.,
- 3) problémy ve vztahu mezi osobou po poranění mozku a jeho partnerem,
- 4) problémy sexuální funkcí, jako je impotence a nízký sexuální drive (Gosling, Oddy, 1999, s. 787).

Většinou dochází u pacientů po poranění mozku k poklesu sexuálních aktivit, úbytku sexuálního drivu, a nejsou neobvyklé ani erektilní dysfunkce.

No s tím sexem to už není tak, jak to bylo, na to ho nezískáte, protože on opravdu... jak bych to řekla... to víte, já se neumím ani společensky vyjádřit... no... mě to ani tak tak nevadilo... ale jeho to strašně trápilo, že není schopnej (Paní H., 432-435).

Tak jako opravdu sex, od té doby šel do ztracena, nebo do ztracena, Za prvé, za prvé, byla strašně dlouho, no rok, vlastně, byla v nemocnici byla tři čtvrtě roku a než vůbec jako, to byly já nevím dva roky, a, prostě absolutně ona o to ztratila zájem, jo, nějakou prostě potřebu, nebo něco (Pan D., 492-496)

Jen v malém procentu narůstá u osob po poranění mozku zájem o sex a sexuální drive (Gosling, Oddy, 1999, s. 786). Ve výzkumu Goslinga a Oddyho (1999, s. 790) popisovaly manželky osob po poranění mozku, že pocítují sexuální soužití jako *nudné*, cítily, že je *něco špatně*. Celkově spokojenost se sexuálním soužitím klesá.

Vztah k rodičovství

To, jaký má dopad na děti, pokud jejich rodič utrpí poranění mozku, by vydalo na samostatnou práci. Zde jen zmíním dopad poranění na manželství ve vztahu k rodičovství. Ve výzkumu Goslinga a Oddyho (1999, s. 791) několik žen spontánně uvádělo obavy z toho, jaký bude vliv partnera po poranění mozku na jejich děti. To se ukazuje jako jeden z důležitých momentů při rozhodování, zda s partnerem zůstat, či nikoliv.

Další zajímavý aspekt ve vztahu k dětem a rodičovství je to, že partneři po poranění mozku prožívají kvalitu manželství jako nižší, pokud jsou v domácnosti děti, což podporuje domněnku, že často soupeří s dětmi o pozornost (Gosling, Oddy, 1999, s. 792).

Partneři, kteří jsou bezdětní, mohou zvažovat, zda si s partnerem po poranění mozku vůbec založit rodinu. Někdy rozřešení této otázky může znamenat i ukončení vztahu, pokud si ženy v produktivním věku uvědomí, že touží po dětech, ale s jiným (zdravým) partnerem.

No a teď už jsem zjistila, že už bych ani s ním dítě nechtěla... že si myslím, že se jako o něj moc nepostará (Paní A., 225-226).

Jiné dopady

Častým problémem, kterému manželé musí čelit, jsou finanční potíže. Vzhledem k tomu, že pacientem po poranění mozku statisticky častěji bývá muž, dochází ke ztrátě jednoho příjmu a k nerovnoměrné finanční zátěži (Perlesz et al., 1999, s. 10). Pokud do té doby žena byla na rodičovské dovolené či v domácnosti, hrozí manželství, potažmo rodině, vážné existenční obtíže.

Kdybych já nevím třeba nevydělával peníze, ještě jako bokem, tak nevím, co bych dělal, protože, třeba můj důchod mi akorát tak stačí na nájem (Pan D., 506-508).

Za tu dlouhou dobu, jak to trvalo, jsme, jak nám nešlo podnikání, protože jsme byli pořád něčím omezení, tak samozřejmě byly pryč veškerý úspory a rezervy, a... (Pan F., 231-233).

Na manželský vztah má vliv i míra sociální opory (Perlesz et al., 1999, s. 11). Manželé, respektive manželky, ztrácejí ve svém partnerovi po poranění mozku oporu a přítele.

Někdy si připadám osamělá, což si myslím, že je na tý současný situaci pro mě asi nejtěžší (Paní B. 1055-1056).

Na druhou stranu ale vzhledem ke zvýšené potřebě péče o manžela mohou mít nedostatek času na sebe a na přátele a blízké, ve kterých by mohli najít oporu, kterou v náročné životní situaci potřebují. Mohou tak trpět pocitem osamělosti a izolace.

Pozitivní aspekty vztahu

Může se kvalita manželského vztahu po poranění mozku zlepšit? Výzkumy se většinou zaměřují spíše na negativní dopady, což může vést ke zkreslenému obrazu o situaci manželství osob po poranění mozku. Nicméně i tato zkušenost může mít pozitivní vliv na vztah, pokud je situace zvládnutá. Ve výzkumu Goslinga a Oddyho (1999, s. 791) například ženy osob po poranění mozku zmiňovaly v souvislosti s otázkou o pozitivních aspektech vztahu po poranění mozku *oddanost, trvající přátelství* a *vzájemnou náklonnost*.

6.4. Zvládání zátěže

V předchozích kapitolách jsem často zmiňovala, že jak osoby po poranění mozku, tak jejich partneři, se musí vyrovnat se značnou psychickou zátěží, kterou náhlá situace přinesla. Manželství, kde jeden z partnerů utrpěl poranění mozku, prochází značnou zátěží. Oba partneři se musí adaptovat na novou situaci, naučit se nové způsoby chování, musí se vypořádat s řadou nových úkolů a povinností, mění se jejich role v partnerství a mnoho dalšího. Tyto změny znamenají pro jednotlivce i pro vztah velký stres, který může trvat i několik let (Blais, Boisvert, 2007, s. 357). Je ovšem nutné podotknout, že co je vnímáno jako zátěž, je značně individuální. Pojem *psychická zátěž* definuje Mikšík (2009) interakčně, z hlediska působení jak vnějších, tak vnitřních vlivů. Zátěž vzniká disproporcí mezi „*psychickou potencií osobnosti a situačními nároky*“ prostředí (Mikšík, 2009, s. 32).

Mnoho výzkumů, které se zabývají partnery osob po poranění mozku, se zaměřují na zjišťování míry prožívané zátěže a stresu. Abychom si ale udělali úplnou představu o

manželských osob po poranění mozku, je třeba zaměřit se i na druhou stranu problému – jak tvrdí Nakonečný (1996, s. 137): „*důležitou složkou psychologického pojetí stresu je koncept jeho zvládnutí*“. Co má tedy vliv na zvládání stresu a zátěže, kterou prožívají partneři osob po poranění mozku?

Předně na zvládání stresu mají vliv jistě *objektivní podmínky* situace, například finanční situace, sociální opora apod. (Blais, Boisevert, 2005). Lidé, kteří mají oporu ve svém okolí, jsou odolnější vůči stresovým situacím. Naopak celkové zvládání situace se může zhoršit, když se přidají další problémy, jako jsou finanční obtíže, vlastní zdravotní potíže, rodinné problémy, problémy v zaměstnání apod. (Nakonečný, 1996, s. 139).

Z psychologického hlediska mají vliv jak *vlastnosti osobnosti*, tak i určité způsoby chování, *coping mechanismy* (Nakonečný, 1996, s. 140). Důležité je i to, jak pečující vnímá danou situaci (Blais, Boisevert, 2005).

Pokud se budeme ptát podrobněji na to, jaké *vlastnosti* jsou důležité pro zvládání stresu, v odborné literatuře najdeme řadu různých koncepcí a teorií, například hardiness, resilience, smysl života, optimismus, naučená bezmocnost, sence of coherence, self-efficacy a další (Nakonečný, 1996, s. 140; Kebza, Šolcová, 2008). Každá z těchto teoretických koncepcí přináší zajímavé poznatky pro porozumění zvládání stresu a zátěže, nicméně z důvodu omezeného prostoru této práce se jim nebudu dále věnovat. Odhlédneme od těchto obecných koncepcí ke konkrétní situaci partnerů a rodinných příslušníků osob po poranění mozku. Powell (2010, s. 124) pojmenoval, že pro zvládání situace po poranění mozku jsou důležité tyto vlastnosti:

1. *flexibilita*: schopnost pohlížet na novou situaci jako na výzvu a využít příležitostí
2. *otevřená komunikace*: schopnost otevřené a upřímné komunikace, otevřené vyjadřování jak kladných, tak záporných emocí; schopnost rozpoznávat své potřeby i potřeby partnera
3. *pozitivní smýšlení*: schopnost zaměřit se na pozitivní stránky vztahu, chovat se k partnerovi vřele a s respektem a nepohlížet na něj jako na přítěž.

Powell (2010, s. 124) se domnívá, že pokud mají partneři tyto povahové vlastnosti, může je krizová zátěžová situace posílit a vnést do života novou perspektivu. Záleží ovšem na tom, jaká byla kvalita manželství před poraněním: „*zkušenost s poškozením mozku posiluje pevná manželství a vztahy a naopak ještě více rozvíklá vztahy nepevné a problematické*“ (Powell, 2010, s. 124).

Výzkumy, které se týkají pečujících rodinných příslušníků osob po poranění mozku, se ale spíše než na vlastnosti osobnosti zaměřují na strategie zvládání stresu, na *coping*

mechanismy. Obvykle se vychází z konceptu stresu a coping strategií podle Lazaruse a Folkmanové.

Copingové strategie mají dvě základní funkce: změnění vztahu člověk-prostředí, který způsobuje stres (*problem-solving coping*, problémově orientovaný coping) a regulace nepříjemných emocí (*emotional-focused coping*, emočně orientovaný coping) (Folkman et al., 1986, s. 993; Ruiselová, 2006, s. 13-14).

Druhým procesem, který hraje důležitou roli při zvládání stresu, je „*cognitive appriasal*“, *subjektivní ocenění stresové situace* (Nakonečný, 1996, s. 138), neboť stres vzniká jen v situacích, kdy je událost vyhodnocena jako ohrožující a pro daného jedince významná (Ruiselová, 2006, s. 13-14). Stresorem nejsou objektivní situace nebo události, ale až jejich interpretace (Nakonečný, 1996, s. 135). Prvotní posouzení, *primary appriasal* se týká otázky, zda je událost ohrožující, sekundární posouzení, *secondary appriasal* – člověk zvažuje, zda může něco udělat, aby překonal nebo předešel rizikům nebo zvýšil naději na úspěch. Jsou zvažovány různé copingové strategie, jako přijetí situace, změnění, hledání informace, impulzivní jednání apod. (Folkman et al., 1986, s. 993).

Pro zkoumání konkrétních copingových strategií se používá dotazník *Ways of Coping Questionnaire* (WOC), který vytvořili Lazarus a Folkmanová roku 1988. Dotazník pojmenovává 8 copingových strategií:

- *confrontive coping*: „držím pozici a bojuji za své zájmy“
- *distancing*: „dělám, jako by se nic nestalo“
- *self-controlling*: „pokusil jsem se neprojevat své city“
- *seeking social support*: „mluvil jsem s někým, kdo by mohl nějak konkrétně přispět k problému“
- *accepting responsibility*: „dal jsem si lekci nebo provedl sebekritiku“
- *escape-avoidance*: „doufám, že situace pomine nebo se vyřeší“
- *planful problem solving*: „věděl jsem, co bylo třeba učinit, a zdvojnásobil jsem tím své úsilí, abych dal věc do pořádku“
- *positive reappraisal*: „našel jsem novou naději“

(Lazarus, 1991, s. 237, český popis: Nakonečný, 1996, s. 139).

Z teorie zvládání stresu Lazaruse a Folkmanové vychází Blais a Boisevert (2007), kteří zkoumali copingové strategie pomocí WOC u partnerů osob po traumatickém poranění mozku (TBI). Celkově se v jejich výzkumu se ukázalo, že pro zvládání situace jsou užitečnější *problem-solving coping* strategie, než *emotional-focused coping* strategie (Blais, Boisevert, 2005).

Blais a Boisvert (2007) pojmenovali několik charakteristik, které mají pozitivní vliv nejen na celkové zvládání zátěže, ale i na subjektivně prožívanou spokojenost v manželství. Na základě WOC se v tomto ohledu jeví jako užitečné používání coping strategií *planful problem solving* a *positive reappraisal*, a naopak menší používání na emoce zaměřených coping strategií, *vyhýbavých a únikových coping strategií a přání splňujícího myšlení (wishful thinking)*.

Dále výše zmínění autoři tvrdí, že muži a ženy zvládají situaci po poranění mozku odlišně a používají jiné coping strategie. Ženy spíše tíhnou k tomu hledat sociální oporu ve svém okolí, zatímco muži preferují spíše individualistické coping strategie, například potlačování emocí (Blais, Boisvert, 2007). Celkově ale oproti normální populaci tíhnou partneři osob po traumatické poranění mozku (TBI) k využívání vyhýbavých coping strategií. To může být způsobeno tím, že musí čelit nepředvídatelným a impulzivním reakcím a chováním svého partnera po TBI, Pečující pak vyvinou naučené chování bezmoci, které vede k vyhýbání se problémům. Na druhou stranu toto může být vnímáno jako preventivní strategie, která brání vypuknutí konfliktu. Partneři mají tak tendenci vydržet a přečkat, než se „přežene bouře“. Nicméně tato strategie negativně koreluje s well-being a spokojeností partnerů (Blais, Boisvert, 2007, s. 367).

Autoři poukazují na to, že mezi zmíněnými coping mechanismy je obzvláště důležitá strategie „*reappraisal*“, přehodnocení. Stejná stresová událost může vést jak k dysfunkci, tak k úspěšné adaptaci. Závisí to na kognitivní interpretaci dané situace, zda je pochopena jako zvládnutelná výzva, nebo jako katastrofická událost. Pokud je situace vnímána jako zvládnutelná a smysluplná, má to pozitivní vliv na její zvládání (Blais, Boisevert, 2005, s. 1230). Když ale člověk pohlíží na situaci jako na něco, co je ohrožující, je pesimistický, má pochybnosti o své schopnosti zvládnout situaci, odráží se to negativně nejen na zvládání situace, ale i na celkové spokojenosti v manželství (Blais, Boisvert, 2007, s. 366).

Dalším z důležitých aspektů, který má vliv na psychosociální zvládání situace, je to, jak partneři osob po TBI vnímají kvalitu komunikace. Jedním z následků poranění mozku může být narušení komunikačních funkcí. Během rehabilitace probíhá sice logopedie, ale po poranění mozku se mohou objevit komunikační deficity, týkající se sociální oblasti. Osoby po TBI mohou být pasivnější v konverzaci, projevovat menší zájem o osobu, se kterou mluví. Pro komunikaci mezi partnery je ale důležité, aby se partner uměl vyjádřit srozumitelně a přímo, uměl aktivně naslouchat a dokázal verbálně projevit respekt a důvěru v rámci manželského vztahu. Subjektivní vnímání kvality komunikace partnerem je v tomto případě důležitější měřítko, než objektivní kritéria (Blais, Boisvert, 2007, s. 367).

6.5. Manželství a riziko rozvodu

Manželství osob po poranění mozku prochází řadou změn a oba partneři čelí řadě náročných situací a musí zvládat mnohé obtíže. Manželství po poranění mozku už není takové, jaké bylo dřív. Někteří manželé, respektive manželky žijí ve vztahu, který neupokojuje jejich emoční potřeby (Powell, 2010, s. 123). Někdy žijí s člověkem, který se náhle zásadně změnil a už není tím člověkem, kterého do té doby znali. Zdraví partneři se vedle svého manžela mohou cítit osamělí (Smith, Godfrey, 1995, s. 11).

V jednom svém výzkumu definovali Mauss-Clumm a Ryan (1981) časté prohlášení manželek osob po poranění mozku: *jsem vdaná, ale ve skutečnosti nemám manžela*.

Partneři osob po poranění mozku jsou ve velice obtížné situaci. Lezaková shrnula jejich situaci v často citované větě: „*living in social limbo, unable to mourn decently, unable to separate or divorce without recrimination and guilt*“ (Lezak, 1978, podle: Gosling, Oddy, 1999, s. 785). Manželský vztah se ocitá v jakémsi meziprostoru, ze kterého není možné uniknout (Powell, 2010, s. 123).

Jak jsme viděli výše, manželé se musí vyrovnávat s řadou různých obtíží, manželský vztah se ocitá pod obrovským tlakem. Někdy se ale nepodaří zvládat dlouhodobé změny osobnosti a behaviorální problémy, například agresivitu (Smith, Godfrey, 1995, s. 116). Když si partner osoby po poranění mozku začne uvědomovat, že emocionální, kognitivní a psychosociální deficity jsou dlouhodobé, může začít hrozit rozvod nebo rozchod (Arango-Lasprilla et al., 2008, s. 556).

Obecně se v odborné literatuře setkáme s tvrzením, že riziko rozvodů je v manželstvích, kde jeden z partnerů utrpěl poranění mozku, vyšší, než u běžné populace. V různých výzkumech se ukazuje, že rozvodovost se pohybuje od 40 do 55% (Gosling, Oddy, 1999, s. 785). Podle jednoho výzkumu, který byl uskutečněn ve Velké Británii se 5-8 let po poranění mozku rozvedlo nebo rozešlo 49% osob po traumatickém poranění mozku ze 131 osob, které tvořily výzkumný vzorek (Wood, Yordakul, 1997). Tato čísla v porovnání s mírou rozvodovosti v České republice nevykazují zvýšené hodnoty. Jsou ale i výzkumy, které ukazují míru rozvodovosti až 78% (Smith, Godfrey, 1995, s. 116). Naopak Arango-Lasprilla et al. (2008) došli ve výzkumu na americké populaci k relativně nízké hodnotě rozvodovosti. Zkoumali stabilitu manželství u 977 osob po traumatickém poranění mozku v době 2 roky po úrazu. Dva roky po poranění zůstalo v manželství 85%, 15% uvedlo rozvod nebo rozchod. Tato čísla jsou nižší, než u jiných výzkumů, kde se míra rozvodovosti pohybuje od 25% do

78%. Je to dáno tím, jaký vzorek osob je součástí výzkumu. Arango-Lasprilla et al. měli vzorek osob etnicky smíšený, z 977 bylo 226 osob různé etnické národnosti.

Podle různých výzkumů má vliv na stabilitu manželství ze statistického hlediska délka trvání vztahu a věk. Stabilita manželství pozitivně koreluje s věkem (Arango-Lasprilla et al., 2008). Mladší ženy spíše inklinují k tomu ukončit vztah, zatímco starší ženy spíše ve vztahu zůstávají a zastávají pečovatelskou roli (Smith, Godfrey, 1995, s. 12) Powell obecně shrnuje, „*čím déle vztah trvá, tím větší je šance, že nastalé problémy unese*“ (Powell, 2010, s. 123). Nicméně Wood a Yurdakul (1997) zjistili, že stabilita manželství negativně koreluje s dobou, která uplynula od poranění. Krátce po poranění partneři řeší otázku, zda jejich partner vůbec přežije a odhodlání ve vztahu zůstat se jeví jako samozřejmé. S odstupem času v řádu let, kdy je stav stabilizovaný a potíže se zdají jako chronické a nezměnitelné, mohou partneři spíše rozhodnutí setrvat ve vztahu přehodnotit.

Co se týče vztahu mezi závažností poranění a stabilitou manželství, můžeme najít odlišné závěry výzkumů. Wood a Yordakul (1997) zjistili, že délka posttraumatické amnézie delší než 7 dní pozitivně koreluje s rozvodovostí. Naopak Arango-Lasprilla et al. (2008) došli k protikladnému závěru. Jejich data ukazují, že pravděpodobnost rozvodu je vyšší u osob s mírným traumatickým poraněním, než u osob s těžkým traumatickým poraněním mozku.

Spíše bez rozporů se dle výzkumů ukazuje, že stabilnější jsou ta manželství, která vzniknou až po poranění (Gosling, Oddy, 1999, s. 785). Partneři se od začátku adaptují na situaci, ke které sami mohou dát aktivní ano.

Tyto statistické korelace výše zmíněných výzkumů popisují ale jen určitou část situace. Nicméně samotný počet společně strávených let nevypovídá mnoho o stabilitě manželství – nejde přece jen o kvantitu, ale i o kvalitu. Z výzkumného hlediska jsou proto důležitá, snad i mnohem důležitější, kvalitativní data. Ta mnohem více objasňují motivy partnerů, kteří i přes značně komplikované životní podmínky zůstávají se svým partnerem, který se změnil fyzicky i psychicky. Proč partneři spolu zůstávají? Tomuto se budu věnovat v poslední části této práce – předtím se ale v následující části podíváme na téma motivace a manželství obecně, abychom na závěr mohli v praktické části téma zacílit konkrétně na motivaci pro setrvání v manželství u partnerů osob po poranění mozku.

MOTIVACE PRO SETRVÁNÍ V MANŽELSTVÍ

V první kapitole jsme viděli, že se v dnešní době rozvádí téměř každé druhé manželství. Zatímco se dají sledovat příčiny rozvodů statisticky, důvody pro setrvání v manželství můžeme jen odhadovat.

V každém vztahu jsou podle Klimeše (2005, s. 15) přítomny přitažlivé a odpudivé síly. Pokud odpudivé síly převáží, vztah se rozpadá. Některé problematické situace, které mohou hrát roli odpudivých sil ve vztahu, byly probrány výše. V této kapitole se zamyslím nad tím, jaké síly pár drží pohromadě, co motivuje pro to, aby lidé zůstali ve vztahu. Zaměřím se teoreticky na to, jaké jsou psychologické důvody pro setrvání v manželství. Otázku motivace nejprve nastíním obecně prostřednictvím definování základních pojmů, se kterými teorie motivace pracují. Další kapitoly tvoří úvahy o tom, jaké motivy jsou podstatné pro setrvání v manželství.

7. Motivace obecně

Všechno na světě můžete chtít, jenom nemůžete chtít, aby se vám chtělo.

Arthur Schopenhauer

Jedním z důležitých úkolů psychologie je hledat odpovědi na otázku, *proč* se člověk chová tak, jak se chová, snaží se odhalit *psychologické důvody jednání* (Nakonečný, 1996, s. 8). K tomuto využívá pojmu motivace. Motivace je „*hybnou silou psychického charakteru*“ (Janoušek, Slaměník, 2008, s. 147). Jde o „*vědecký konstrukt, kterým se vyjadřuje, že lidské chování je zacílené, má různou intenzitu, trvání*“ (Nakonečný, 1996, s. 5).

Motivace je intrapsychický proces, který je spuštěn motivačním stavem, *potřebou*, definovanou jako deficit ve fyzickém či sociálním bytí, a směřuje k odstranění tohoto deficitu. *Motivem* chování je odstranění deficitu, které je prožívané jako uspokojení (Nakonečný, 1996, s. 27). Motivované chování směřuje k nějakému druhu *uspokojení*. Uspokojením může být dosažení příjemného ve smyslu fyzických potřeb, vyhnutí se nepříjemnému, ale u pocit vlastní potřebnosti, pocit smyslu a podobně (Nakonečný, 1996, s. 89)

Obecně jsou rozlišovány dvě úrovně motivačních systémů (Nakonečný, 1996, s. 80), nebo motivačních dispozic (Janoušek, Slaměník, 2008, s. 147): 1. *primární*, vrozené, reflexivní, instiktivní, a 2. *sekundární*, naučené, získané.

Veškeré chování člověka je motivované, i když si konkrétní motivy v daný okamžik člověk nemusí uvědomovat (Janoušek, Slaměník, 2008, s. 148). Chování člověka nemusí být určováno jen tím, co nás „tlačí“ (drive, vrozené pudy), ale i tím, co nás „táhne“ (cíle) (Krivohlavý, 2004, s. 14).

Vnitřním zdrojem motivace jsou *motivy* neboli pohnutky. Určují směr a intenzitu chování (Janoušek, Slaměník, 2008, s. 147). Motivy, odvozované z tzv. *dovršujících reakcí*, jsou „*neanalyzovatelné psychologické příčiny chování*“ (Nakonečný, 1996, s. 29). Jednání člověka může být v jednu chvíli ovlivňováno mnoha různými motivy, které mohou být protikladné. Obvykle se člověk musí některých motivů vzdát a upřednostnit. Navíc stejné chování u různých lidí může být výsledkem odlišných motivů (Janoušek, Slaměník, 2008, s. 148-149).

Celkově je způsob chování ovlivněn i situačními podmínkami, které jsou vyjádřeny zjednodušeně vzorcem, který popisuje vztah motivace a situace: $B = f(M, P, H, D)$. Tento vzorec vyjadřuje, že chování (B) je spuštěno, „*pokud je motiv (M) dostatečně silný, pravděpodobnost dosažení cíle (P) je vysoká, hodnota cíle (H) je uspokojující a chování není v rozporu s morálkou jedince (D)*“ (Nakonečný, 1996, s. 18).

Motivované chování člověka je řízeno dvěma základními principy: *princip psychického ekvilibria* a *princip hédonismu* (Nakonečný, 1996, s. 106).

Princip psychického ekvilibria je dynamickou homeostázou, kdy jsou odstraňovány rozpory mezi tím, co je a co má být. Homeostatické motivace jsou uspořádány podle systému hodnot. Dílčí disekvilibrium může být akceptováno, aby bylo dosaženo většího uspokojení. Obvykle převažují sociální motivy nad fyzickými, ale záleží na konkrétní situaci. Člověk se také snaží udržovat své sebepojetí a vnitřní integritu a rovnováhu a odstraňovat disekvilibria, jako například negativní mínění o sobě samém (Nakonečný, 1996, s. 108-110).

Druhým principem chování je princip hédonismu. Chování není motivováno jen redukcí potřeb a navazováním homeostázy, ale i dosahováním slastí, které mohou mít jak fyzickou, tak i duchovní povahu. Člověk může podstoupit dílčí utrpení, nebo obětovat menší slast, aby dosáhl vyšší úrovně radosti, opět záleží jak na daných podmínkách, tak i na hodnotovém žebříčku (Nakonečný, 1996, s. 118).

Oba principy nestojí proto sobě, ale jsou spojeny, neboť ekvilibrium je příjemné a disekvilibrium je nepříjemné. Základními motivačními tendencemi jsou tedy vyhledávání příjemného a vyhýbání se nepříjemnému, přičemž kategorie příjemného a nepříjemného jsou individuálně specifické (Nakonečný, 1996, s. 119).

8. Motivy, potřeby a manželství

Manželství je právě tak cenné jako ti, jež spojuje – obvykle tedy nestojí za nic.

Friedrich Nietzsche

V každý okamžik svého života člověk volí mezi různými možnostmi, které život nabízí. V dnešní době mají mladí lidé obecně mnoho možností – studium, cestování, kariéra, a mnoho dalšího. I v oblasti osobního a partnerského života není dnes život člověka přísně determinován společenským požadavkem co nejdříve se vdát či oženit a mít děti.

Mnoho lidí žije v dlouhodobém vztahu bez touhy uzavřít manželství. Proč se někdo rozhodne vstoupit do manželství, a jiný tuto instituci odmítá? Proč se někdo rozhodne pro vztah a jiný co rozhodně například cestovat po světě?

Domnívám se, že uspokojivou odpověď na tyto otázky nám nedá nějaká jednoduchá teorie motivace. Jde spíše o komplexní mozaiku různých motivů a potřeb, které nám poskládají obrázek o tom, co může mít vliv na motivaci pro manželství a pro setrvání v něm, i když okolnosti jsou nepříznivé. Podívejme se proto podrobněji na jednotlivé aspekty motivace – motivy a potřeby – které mohou souviset s otázkou motivace pro setrvání v manželství.

Langmeier a Krejčířová (2006, s. 178) uvádějí, že motivací k manželství jsou dvě hluboce zakotvené potřeby:

1. *potřeba intimního emočního soužití, včetně uspokojení sexuálních tendencí;*
2. *touha mít děti a prožívat s nimi radost z jejich vývoje* (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 178).

Tyto dvě potřeby zaznívají i z úst české veřejnosti mezi nejčastěji uváděnými důvody pro uzavření sňatku, jak je zmapovalo sociologické šetření Centra pro výzkum veřejného mínění. Jako důvod k manželství uvádějí lidé nejčastěji „děti“. Vstup do manželství je považován většinou osob za „samozřejmý a normální“. Lidé se také často domnívají, že „ve dvou se to lépe táhne“. Zajímavé je podívat se i na to, co lidé uvádí jako důvody, proč „neuzavřít sňatek“. Zde mají vliv mimo jiné i negativní zkušenosti z předešlých manželství u rozvedených osob (Šamanová, 2009, s. 5). Podrobněji následující tabulka:

Důvody plánování sňatku		Důvody pro neplánování sňatku	
Kvůli dětem, založení rodiny	59%	Věk, zdravotní stav	41%
Samozřejmost až nutnost, norma	25%	Svoboda, chce být sám	28%
Dva jsou vždy lepší, než jeden	18%	Špatná zkušenost	26%
Z lásky, završení vztahu, má vážnou známost	11%	Obecné výroky bez jasného důvodu – nechce, nepotřebuje	14%
Jistota, spokojenost, klid, závazky	10%	Svatba je zbytečná	8%
Majetek, finanční zabezpečení	8%	Nemá partnera	7%
Opora ve stáří	4%	Vdovci, vdovy	4%
Obecné výroky o negativěch svobody a pozitivěch manželství	2%	Finanční náročnost, kvůli majetku	2%
Právní výhody	2%	Složitost rozvodového řízení	2%
Osamostatnění od rodičů	1%	Jiná odpověď	4%
Jiná odpověď	5%	Bez odpovědi	64%
Bez odpovědi	55%		

Tab. 5: Důvody plánování a neplánování sňatku v % (Šamanová, 2009, s. 5).

Pozn.: Dotázaní měli možnost uvést dvě odpovědi v případě, kdy plánovali sňatek a dvě odpovědi v případě, kdy neplánovali sňatek, součet proto tvoří pro každou variantu 200% (Šamanová, 2009, s. 5).

Pokud se pokusíme výše zmíněné motivy a potřeby zobecnit do určitých kategorií, můžeme jeden okruh motivací shrnout pod pojem „sociální motivace“. Vedle touhy navazovat a udržovat blízké vztahy se také ukazuje, že do hry při otázce motivace k manželství hrají roli i hodnoty, normy daného člověka: manželství je považované obecně za správné a důležité v životě člověka. Další, co ovlivňuje rozhodnutí vstupu do manželství, je touha založit rodinu, motivem pro zachování manželství jsou děti. V následujících kapitolách se budu podrobněji věnovat těmto třem okruhům (sociální motivace, morální motivace a motivace k rodičovství), které jsou zdrojem motivace pro manželství. Další kapitola bude věnována teoreticky otázce motivace zachování vztahu.

9. Sociální motivace

Jenom bude-li mít blízko k druhým lidem, přiblíží se člověk sám sobě.

Johannes Robert Becher

Chování člověka je sociálně determinované. Pokud hovoříme o sociální motivaci, jde o takové druhy chování, které „*mají zřetelný sociální cíl, např. sdružování, komunikace, resp. vycházejí z potřeb či popudů, které mají sociální obsah*“ (Nakonečný, 1996, s. 243). V této kapitole se zaměříme na základní motivační faktory – potřeby, hodnoty a postoje – a jejich sociální povahu.

Potřeba sociálního kontaktu hraje jednu z nejdůležitějších rolí v životě člověka. Již přítomnost druhé osoby může být zdrojem určitého uspokojení (Nakonečný, 1996, s. 243). Různí autoři používají pro vyjádření této potřeby různé pojmy: sociální pud, sociální instinkt, potřeba připojení, potřeba akceptace, potřeba sociálního zakořenění (Nakonečný, 1996). Abraham Maslow (2003) ve své hierarchické klasifikaci potřeb⁸ jmenuje *potřebu lásky a sounáležitosti* jako jednu z nedostatkových potřeb, jejíž uspokojení je nutné pro dosažení sebeaktualizace.

R. Baumeister a M. Leary (1995) pojmenovávají „*need to belong*“, potřebu někomu patřit. Ve své teorii tvrdí, že jde o fundamentální lidskou motivaci, která je podobně důležitá a závažná, jako například potřeba jídla. Podle jejich teorie je člověk řízen snahou formovat a udržovat alespoň minimum trvajících, pozitivních a významných interpersonálních vztahů. Autoři předpokládají, že tato potřeba je vrozená a univerzální, můžeme jí v různých stupních najít ve všech kulturách, i když se může individuálně lišit ve své intenzitě. Rovněž kulturní podmínky upravují způsoby, jakými je tato potřeba uspokojována a vyjadřována. Uspokojení této potřeby zahrnuje dvě kritéria. Za prvé, je zde potřeba pravidelných, emocionálně příjemných interakcí s několika lidmi, a za druhé, tyto interakce se musí odehrávat v rámci dlouhodobě stabilních vztahů, které zahrnují starost a péči o druhého. Potřebu nálezení proto neuspokojí vztahy, které jsou neutrální, negativní, nebo nepravidelné. Potřeba někomu patřit je silnou, fundamentální a všeprostupující lidskou motivací, která ovlivňuje jak emoce, tak kognitivní procesy. Autoři dokonce odvozují, že lidská kultura je výrazně formována tlakem na uspokojení této potřeby (Baumeister, Leary, 1995, s. 497-499).

⁸ Maslowova (2003) hierarchie potřeb zahrnuje: 1. fyziologické potřeby, 2. potřeba jistoty, 3. potřeba lásky, přátelství, nálezení, 4. potřeba úcty a uznání, 5. sebeaktualizace.

Ztráta blízkého vztahu je prožívána jako stres a je spojena s řadou negativních emocí. Nedostatek této potřeby náležitosti (*belongingness*), může vést k deprivaci, která má podle autorů řadu negativních následků, jak fyzických, tak psychických, a negativně se odráží na celkovém well-being (Baumeister, Leary, 1995, s. 497-500). Jejich hypotéza rovněž předpokládá, že lidé se obecně zdráhají přerušit sociální vazby. V mnoha případech nejsou ochotní opustit ani problematické nebo destruktivní vztahy. Pokud už se k tomuto kroku rozhodnou, prožívají značný stres (Baumeister, Leary, 1995, s. 502).

Uspokojení potřeby náležitosti vede k pozitivním emočním reakcím (Baumeister, Leary, 1995, s. 505). Pocit štěstí a spokojenosti v životě je podle Baumeistera a Learyho (1995, s. 510) závislý na přítomnosti blízkých osobních vztahů. Pro pocit spokojenosti je přitom důležitější menší množství vztahů, které jsou kvalitní, než větší množství vztahů, které ale potřebu náležitosti uspokojují jen částečně. Z tohoto hlediska nabývá manželský vztah zvláštní důležitosti (Baumeister, Leary, 1995, s. 517).

V sociální psychologii bylo pojmenováno mnoho sociálních potřeb, jejichž uspokojení nacházejí lidé v rámci sociálního kontaktu, např. *potřeba afiliace, kontaktu, uznání, závislosti, přijetí, nápodoby, něžnosti, moci, potřeba obdivu, úcty, přijetí, náležitosti, opory, závislosti*, a další (Nakonečný, 1996, s. 243-245). Jedním z nejvýznamnějších motivů, který je uspokojován v rámci sociálního kontaktu, je i smysl *života*. Mnoho z toho, co děláme, činíme tak „*pro druhé a s ohledem na ně*“ (Nakonečný, 1996, s. 245).

Specifickým tématem v rámci tématu sociální motivace je afiliace. Afiliace je základní lidskou potřebu vyhledávat a navazovat pozitivní, blízké a dlouhodobé vztahy s lidmi (Janoušek, Slaměník, 2008, s. 151; Slaměník, 2008, s. 249). Nakonečný (1996, s. 249) popisuje, že jde o potřebu setkávat se s lidmi, kteří smýšlejí podobně, neboť v kontaktu s nimi si člověk potvrzuje vlastní názory a prožívání. Podle sociálně psychologických experimentů stoupá potřeba afiliace v situacích nejistoty, obav a strachu, obzvláště výrazně tato potřeba stoupá v situaci krajního ohrožení (Slaměník, 2008, s. 250). Nyní se podívejme na téma lásky a přátelství, které jsou podle Nakonečného (1966, s. 249) „*nejvýraznějšími fenomény motivy afiliace*“.

9.1. **Láska**

Člověk se mění z housenky v motýla, miluje-li.

Sigmund Freud

I když se téma lásky zdá vhodnější pro básnický jazyk, od konce 60. let se mu vědecky věnuje i psychologie. Přesto není stále snadné z psychologického hlediska odpovědět, co je to láska (Slaměník, 2008, s. 257). Láska je složitý jev, který lze zkoumat z biologického, fyziologického i sociálního hlediska. I přes všechny pokusy tento fenomén definovat a měřit, je třeba si uvědomit, že láska má také „*velice osobní rozměr*“ a „*zvláštní, tajemnou hloubku*“ (Křivohlavý, 2004, s. 161). Každá definice bude akcentovat je určité aspekty tohoto mnohotvárného fenoménu.

Ze sociálněpsychologického pohledu lze říci, že láska je „*specifickým druhem interpersonálního vztahu založeném na silné citové vazbě*“ (Slaměník, 2008, s. 257). Vědecké úvahy sociální psychologie se zpočátku zaměřovaly na odlišení „mít rád“ a „milovat“. Oba tyto stavy spojují prožitky „*radosti a uspokojení, akceptování, důvěra, respekt, porozumění, spontaneita, spolehnutí, opora*“ (Slaměník, 2008, s. 257). I když tyto stavy spolu korelují, podle některých studií se ukazuje, že mezi láskou a stavem mít rád není jen kvantitativní, ale i kvalitativní rozdíl (Slaměník, 2008, s. 257).

Někteří autoři se pokouší definovat lásku výčtem podstatných znaků. Těmi jsou například „*přijetí druhého, potřeba jeho blízkosti, potřeba identity s druhým, snaha mít druhého pro sebe, poskytovat oporu, ochranu a něžnost, chápat ho a další*“ (Nakonečný, 1996, s. 251). V láskyplném vztahu se ale mohou objevit i emoce, které jsou protikladné esenciální charakteristice lásky, jako například hněv, zklamání, rozmrzelost, žárlivost, nebo i nenávisť (Nakonečný, 1996, s. 252).

O lásce se hovoří nejčastěji jako o *silné citové vazbě* (Slaměník, 2008, s. 258) nebo o *citovém vztahu* (Nakonečný, 1996, s. 250), akcentována je především emocionální komponenta. Například ale Erich Fromm (1996) považuje lásku i za *akt vůle*. Láska není jen cit, ale je to i rozhodnutí, slib. Rubin (1970, s. 265) jí definuje jako *postoj*, který zaujímá jedna osoba vůči druhé, a který zahrnuje i sklon myslet, cítit a chovat se vůči této osobě určitým způsobem. R. J. Sternberg (1986), který formuloval tzv. triangulační teorii lásky, tvrdí, že láska má komponentu jak *emoční*, tak i *motivační* a *kognitivní*. Na jeho teorii se nyní podíváme blíže.

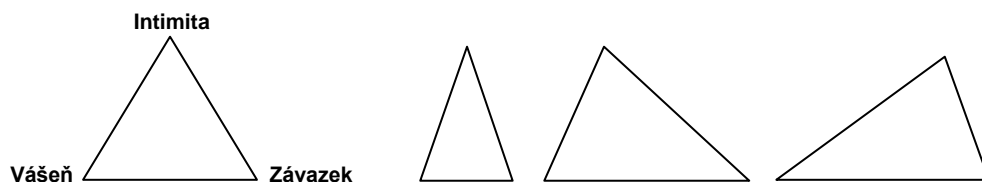
Podle R. J. Sternberga (1986) má láska tři komponenty, které lze dohromady znázornit v podobě trojúhelníku. Těmito složkami jsou *intimita, vášně a rozhodnutí/závazek*.

Intimita je emoční komponentou lásky a je zdrojem pocitu vřelosti ve vztahu. Typické jsou pro ni pocity blízkosti, spojení a pouta s milovaným člověkem ve vztahu (Sternberg, 1986, s. 119). Tato složka může dále zahrnovat například touhu poskytnout milované osobě blaho, prožitek štěstí s milovaným člověkem, vysoký respekt a ocenění druhého, možnost spolehnout se na druhého v těžkých chvílích, vzájemné porozumění a sdílení, přijímání a poskytování emocionální podpory a intimní komunikaci (Sternberg, 1986, s. 121). Intimita je součástí všech typů vztahů založených na lásce (jak láska mezi partnery, tak láska mateřská, sourozenecká apod.), na rozdíl od dalších dvou komponent, jejichž zastoupení a intenzita se může specificky lišit v závislosti na typu vztahu.

S motivací souvisí druhá komponenta lásky, *vášeň*. Ta je spojena s velkou aktivací jak psychickou, tak i fyzickou. Vášeň odkazuje k pudům, které vedou k zamilovanosti, fyzické přitažlivosti a sexuální touze (Sternberg, 1986, s. 119). V rámci tohoto prožitku mohou převažovat nejen sexuální potřeby, ale i jiné, jako je například sebeúcta, pomoc, výchova, afiliace, dominance, submise. Síla těchto potřeb závisí na typu vztahu, například sexuální touha je spojena jen s romantickými vztahy (Sternberg, 1986, s. 122). Vášeň hraje důležitou roli hlavně v krátkodobých, romantických vztazích. Oproti ostatním komponentám je vášeň nepředvídatelná a nekontrolovatelná (Sternberg, 1986, s. 120).

Třetí komponentou lásky je *rozhodnutí/závazek*. Tato složka má kognitivní charakter. Z krátkodobého hlediska jde o rozhodnutí milovat partnera, z dlouhodobého hlediska je rozhodnutím lásku k partnerovi zachovat a udržet (Sternberg, 1986, s. 119). Instituce manželství pak představuje legalizaci závazku, který vychází z rozhodnutí milovat druhého celý život. V partnerských vztazích může rozhodnutí/závazek navazovat na fázi romantické, vášnivé lásky, někdy je naopak závazek na počátku vztahu, například u domluvených manželství. Komponenta závazku hraje ale důležitou roli i ve vztazích k příbuzným, které si obvykle nevybíráme. Význam této komponenty nesmíme přehlížet, neboť hraje podstatnou roli především v dlouhodobých vztazích. Obzvláště je důležitá ve vztahu při zvládání těžkostí, kterými lidé procházejí. Závazek a oddanost jsou někdy právě tím hlavním, co drží vztah pohromadě v náročných obdobích vztahu (Sternberg, 1986, s. 123).

Jednotlivé tři komponenty je možné graficky znázornit jako trojúhelník, který svým rozměrem vyjadřuje „množství lásky“ a poměrem jednotlivých stran ilustruje poměr jednotlivých komponent lásky, jak ukazuje následující obrázek:



Obr. 4. Různé tvary trojúhelníku podle poměru jednotlivých komponent lásky podle R. J. Sternberga (1986, s. 128).

První, rovnostranný trojúhelník je typem vyvážené lásky, kde jsou všechny tři komponenty stejně zastoupeny. Druhý trojúhelník znázorňuje vztah, ve kterém intimita hraje důležitou roli a vášeň a závazek mají menší význam. Jedná se například o vztahy mezi dobrými přáteli. Třetí a čtvrtý trojúhelník je ilustrací vztahu, kde převažuje buď komponenta vášně, nebo komponenta závazku/rozhodnutí (Sternberg, 1986, s. 128). Poměr jednotlivých komponent se liší v závislosti na typu vztahu. Intimita je důležitým jádrem mnoha láskyplných blízkých vztahů, zatímco vášeň se vyskytuje pouze v určitém druhu vztahu, obvykle v romantickém. Komponenta závazku/rozhodnutí je značně variabilní napříč různými vztahy, například silná je ve vztahu k dětem, ale relativně nízká v některých vztazích mezi přáteli (Sternberg, 1986, s. 120). Poměr těchto tří komponent se může měnit v jednotlivých vztazích i během času.

Na základě přítomnosti, respektive nepřítomnosti jednotlivých komponent pojmenovává Sternberg (1986, s. 123) osm druhů lásky. Jedná se o ideální formy, většina vztahů se nachází na rozhraní jednotlivých kategorií, neboť jednotlivé komponenty jsou vyjádřeny kontinuem.

Druh lásky	Komponenty lásky		
	Intimita	Vášeň	Rozhodnutí
Nonlove - vztah bez lásky	-	-	-
Liking – mít rád	+	-	-
Infatuated love – bláznivá láska	-	+	-
Empty love – prázdná láska	-	-	+
Romantic love – romantická láska	+	+	-
Companionate love – přátelská láska	+	-	+
Fatuous love – pošetilá láska	-	+	+
Consummate love – úplná láska	+	+	+

Tab. 6. Druhy lásky (Sternberg, 1986, s. 123).

Pozn: znaménka + a – ukazují, zda je daná komponenta přítomna, či nepřítomna.

V odborné literatuře se setkáváme s řadou dalších vymezení a rozlišení různých druhů lásky. Například E. Fromm (1996) rozlišuje lásku *bratrskou*, *mateřskou*, *erotickou*, a *lásku k Bohu*. Nakonečný (1996, s. 250) jmenuje tři základní formy lásky: *erós* (erotická, milenecká láska), *filia* (láska založená na vztazích mezi rodiči a dětmi, popřípadě vztah hlubokého přátelství), *agape* (křesťanská láska k bližnímu).

Nejčastějším rozlišením je láska *romantická* a láska *přátelská* (Kratochvíl, 2009, s. 129), nebo *vášnivá* a *kamarádká* (Slaměník, 2008, s. 261), Křivohlavý (2004, s. 161) podobně rozlišuje *compassionate love* (láska jako citové porozumění a emocionální blízkost), a *passionate love* (láska vášnivá). *Vášnivá, romantická láska* je typická stavem zamilovanosti a silnými intenzivními pocity. Zamilovaný člověk touží být neustále s milovanou osobou, většinu času na ni neodbytně musí myslet, a je k ní velmi fyzicky přitahován. Tento stav trvá několik týdnů až měsíců, přičemž postupně ubývá časem na intenzitě (Slaměník, 2008, s. 261). *Přátelská*, *kamarádká*, nebo také *manželská* láska je popisována hlubokým vztahem stálého přátelství, který je založený na respektu, důvěře (Slaměník, 2008, s. 262), oddanosti a starosti a péči a druhého (Nakonečný, 1996, s. 250).

Pokud uvažujeme o vztahu lásky a stability manželského vztahu, pak na základě výše zmíněného rozlišení lásky na lásku romantickou a kamarádkou, se jeví jako lepší základ pro stabilní vztah láska kamarádká (Nakonečný, 1996, s. 250). Romantická, vášnivá láska je ve své intenzitě prvotního vzplanutí zranitelná a snadno se může změnit ve svůj opak, nenávisť, není proto spolehlivým základem dlouhodobého vztahu (Nakonečný, 1996, s. 250). Například Plaňava (1994, s. 15) upozorňuje na to, že míra zamilovanosti v počátcích vztahu nebo těsně po uzavření manželství nijak přímo nesouvisí s tím, zda je manželství vydařené, či nikoliv. Někdy se zjednodušeně uvádí, že tato romantická láska je výmyslem posledních dvou staletí. Starší literatura a básně nám však ukazují opak – cožpak Shakespeare nehovoří o romantické lásce? Relativně kulturní novinkou je však v tomto ohledu chápání romantické, vášnivé lásky jako součásti manželství (Hendrick et al., 2002, s. 473). *Vášnivá* láska se dnes stává stále důležitějším aspektem vztahů. Nicméně vašeň a stav zamilovanosti je časově omezen na týdny, měsíce, maximálně pár let. Větší míra rozvodovosti v dnešní době tak může souviset s tím, že se pár nevyrovná s úbytkem vášnivé lásky ve vztahu. Aby vztah přetrvával, je třeba ho naplnit dalšími aspekty, které ho z dlouhodobého hlediska udržují (Hendrick, 2002, s. 473). Jako základ stabilního, dlouhodobého vztahu se jeví tedy spíše tzv. láska kamarádká. Ta se projevuje oddaností, ohleduplným, kooperativním vztahem a starostí a péčí o druhého (Nakonečný, 1996, s. 250).

Jak souvisí téma lásky a manželství? Tato otázka se zdá překvapivá, neboť citové aspekty hrají v dnešní době důležitou roli jak při vstupu do manželství, tak i při rozvodu – *citové odcizení* je jedním z nejčastějších důvodů rozchodů (Kratocvíhl, 2009, s. 125). Nicméně láska rozhodně není „*univerzálním způsobem uspořádání vztahu mezi manželi, platným ve všech dobách a ve všech společnostech*“ (Možný, 1990, s. 88). Láska patří k základní schopnosti člověka, ale jako součást manželství se ne vždy jevila jako podstatný element (Možný, 1990, s. 88).

9.2. Přátelství

Ne nedostatek lásky, ale nedostatek přátelství zavinuje nešťastná manželství.

Fridrich Nietzsche

Zatímco téma lásky v učebnicích sociální psychologie najdeme, o přátelství se toho příliš nedočteme, a přece je to velmi důležité téma, pokud hovoříme o manželských vztazích. Podle některých autorů je přátelství spolu s vášní součástí lásky (Hendrick et al., 2002, s. 473). Setkáme se spíše s pojmem *osobní vztahy* (personal relationship). Tento pojem, který vnesl do sociální psychologie H. H. Kelley, zahrnuje „*individuálně významné vztahy jedince k jemu nejbližším osobám*“ (Výrost, 2008, s. 233). To, kdo je považován za *nejbližší osobu*, je ale značně individuální a může jít o různé typy vztahů – nejčastěji podle výzkumů lidé uvádějí vztahy romantické, dále pak nejbližší vztahy reprezentují vztahy přátelské a vztahy s rodinnými příslušníky. V neposlední řadě za nejbližší osoby mohou být považováni kolegové v práci nebo spolužáci (Výrost, 2008, s. 237).

Přátelství se někdy odlišuje od tzv. kamarádství, které není tak intenzivní. Podle Nakonečného (1996, s. 249-250) je přátelství „*založeno na intimním sdílení problémů, na společných zájmech, na postojové a povahové podobnosti, ale i na povahové komplementaritě*“ (Nakonečný, 1996, s. 249-250).

V současné době hraje přátelství důležitou roli při výběru partnera a v manželství. Mnoho lidí hledá partnery, ve kterých zároveň cítí dobrého společníka, kamaráda (Hendrick et al., 2002, s. 473).

To, že je přátelství důležitou komponentou, která má vliv na pozitivní prožívání manželského vztahu, ukazují i výzkumy. Gosling a Oddy (1999, s. 793) zkoumali manželství osob po poranění mozku a zjistili, že přátelství se ukazuje jako jeden z pozitivních aspektů, které podporují vědomí závazku v manželském vztahu.

10. Morální motivace

Dělat, co je správné a rozumné, je v každém období lidského života především nutné.

Francois de la Rochefoucauld

Zdrojem motivace může být osobní přijetí určitých norem, principů nebo standardů chování (Křivohlavý, 1967). Hodnoty, respektive hodnotová orientace člověka má významné místo v motivaci. Zvnitřnělý hodnotový systém orientuje činnost člověka (Janoušek, Slaměník, 2008, s. 152). Jednání člověka je tak řízení tím, co považuje za správné, dobré, nebo naopak za špatné, nežádoucí. Motivaci člověka v zásadě ovlivňuje i jeho pojetí dobra a zla (Křivohlavý, 2004, s. 166).

Hodnotový systém je formován během socializace v rámci výchovy, je ovlivněn vlastní zkušeností a společenskými vlivy (Janoušek, Slaměník, 2008, s. 152). Během socializace dochází k internalizaci norem a hodnot, které se stávají obsahem svědomí. To se projevuje jako „vnitřní hlas“ (či psychoanalyticky řečeno, hlas superega), který člověka varuje před činem, který by byl v rozporu se zvnitřnělými normami, nebo ho trestá, pokud člověk normy poruší, přičemž hodnoty a morálka mohou být značně interindividuálně variabilní (Říčan, 2007, s. 110-113). Jakýmsi nástrojem svědomí jsou emoce. Chování v rozporu se svědomím vyvolává negativní emoce, jako úzkost, obavy z trestu, apod. Někdy se hovoří o tzv. morálních emocích. Negativními emocemi jsou pocit viny a stud, pozitivními morálními emocemi jsou hrdost, pocit vlastní hodnoty. Pokud žijeme v souladu s vlastními morálními standardy, dává to pocit integrity (Schulman, 2002, s. 504). V souladu s motivačním principem hédonismu můžeme shrnout, že tyto emoce působí jako silný motivační faktor.

Morální motivace je řízena i principem psychického ekvilibria. Porušování hodnot a norem, které jsou zvnitřnělé, působí negativně na sebepojetí a sebehodnocení člověka (Nakonečný, 1996, s. 56). Člověk se ale snaží udržet obraz sebe sama (self image), vnitřní integritu v rámci systému svých hodnot, a odstranit tak psychické disekvilibrium (Nakonečný, 1996, s. 110). Jde o tzv. ego-angažované motivace: lidé se chovají tak, aby posilovali své pozitivní sebehodnocení, a vyhýbají se situacím, které by toto sebehodnocení devalvovaly (Nakonečný, 1996, s. 56-57).

Otázka motivace pro setrvání v manželství souvisí s hodnotami a normami jedince velice úzce. V 8. kapitole jsme viděli, že podle sociologického průzkumu je pro mnoho lidí důvodem pro uzavření sňatku to, že považují manželství za samozřejmost, za určitou normu (Šamanová, 2009, s. 5). Vztah k instituci manželství jako takové bude mít jistě vliv na to, jak

člověk bude ochoten v manželství setrvat, i přes značně nepříznivé okolnosti a manželské krize. Vliv výchovy z primární rodiny a vzory manželského vztahu rodičů hrají nepochybně roli při utváření těchto hodnot a postojů. Normy a hodnoty, které jsou zvnitřnělé, jsou prožívány subjektivně jako samozřejmé, pro daného člověka nevyžadují žádné zdůvodnění (Říčan, 2007, s. 112). Pro někoho tak norma „v dobrém i ve zlém“ může být naprosto samozřejmou součástí manželského vztahu a rozvod není pro něj myslitelná varianta ani v mimořádně obtížných situacích v manželství.

V manželském poradenství se můžeme setkat s pojmem *manželský kontrakt*, který je jakousi individuální nepsanou dohodou, která zahrnuje očekávání a přísliby, které partneři do manželství přináší. Tato očekávání, přání a potřeby, jsou vědomé i nevědomé, realistické i neurotické, a týkají se různých aspektů manželského života (Kratochvíl, 2009, s. 13). Součástí takového kontraktu může být i očekávání věrnosti, loajality, oddanosti. Takovýto kontrakt, byť nevyčtený, se stává pro člověka morálním závazkem, imperativem, jehož porušení vyvolává nepříjemné emoce.

Hlouběji se otázkou morální motivace zabýval Schulman (2002). Tento pojem má ale u něj širší význam, než jen dodržování morální standardů a norem. Morálně motivovaným chováním rozumí takové chování, v jehož jádru je *dobrá intence*, cílem je způsobit prospěch druhým. Morálka v jeho pojetí jsou „*aktivity zaměřené na produkování laskavých a/nebo spravedlivých (čestných) výsledků*“ (Schulman, 2002, s. 500). Jeho koncept se blíží spíše pojmu altruistického nebo prosociálního chování.

Schulman (2002) se vymezuje ve svém přístupu vůči psychoanalytickým konceptům, podle nichž je vrozené chování pudové a agresivní a morální chování je získáváno během socializace a vývoje. Schulman tvrdí, že morálka, nebo etika je zásadní pro naše přežití a starost o druhé se vyvíjí v raných fázích vývoje jedince.

Schulman (2002) definuje tři zdroje morální motivace: *empatie*, *morální afiliace* a *osobní principy*. Podívejme se na tyto zdroje podrobněji:

Pod pojmem *empatie* rozumí Schulman (2002, s. 501) kapacitu jedince prožívat pocity druhého člověka, představit si sebe na jeho psychologickém místě. Empatie se stává zdrojem morální motivace tím, že podporuje jednání, které směřuje k tomu, aby se druhý člověk cítil lépe. Schulman (2002, s. 501) se domnívá, že empatie je reakcí na pocity druhých, která je nenaučená – v tom se podobá reflexům. Empatie souvisí s altruismem a nedostatek empatie s antisociálním chováním (Schulman, 2002, s. 501).

Morální afiliace produkuje morálku skrze identifikaci a „dobrým“ druhým, což může být rodič, učitel, náboženská nebo politická postava, nebo dokonce fiktivní osoba (Schulman,

2002, s. 501). Identifikací se učí, jak reagovat v náročných situacích, jak čelit zlým impulzům apod. (Schulman, 2002, s. 502).

Třetím zdrojem morální motivace je formace *principů* nebo *osobních standardů* dobra a zla. Už děti ve věku tří let rozumění tomu, že existují pravidla, která jsou proti ubližování druhým lidem, která nejsou založena na souhlasu autorit. Morální standardy přijímáme, protože věříme, že povedou k žádoucím výsledkům (Schulman, 2002, s. 503).

Podle Schulmana je morální motivace tedy založena jak na emočním prožívání, tak na kognitivním pochopení standardů chování a na identifikaci s nimi (Schulman, 2002, s. 504).

11. Motivace k manželství a rodičovství

Děti jsou knoflíková dírka rodičovské svornosti.

arabské přísloví

Manželství je podle kulturního antropologa B. Malinowského institucí, kterou společnost zajišťuje optimální podmínky pro zachování rodu. K manželství nevedou vrozené instinkty, ale působení společnosti a kultury. Tato instituce nutí k chování, které zajišťuje potřeby lidského rodu. Kultura formuje postoje a utváří specifické motivace (podle: Nakonečný, 1996, s. 67).

Pokud zvažujeme vztah stability manželství, respektive touhu vstoupit do manželství a touhu mít děti, bylo by sice vhodné zmínit biologicky či evolučně zaměřené teorie, nicméně z důvodu omezeného prostoru nechám obecné teorie stranou a zaměřím se na výsledky výzkumů, které zkoumají stabilitu a spokojenost manželství ve vztahu k dětem.

Touha po rodičovství zvyšuje motivaci pro vstup do manželství. Ve svém výzkumu k tomu došli Blakemore, Lawton a Vartanian (2005), kteří vytvořili konstrukt *Drive to marry* (DTM), který zkoumají pomocí škály *Drive to marry scale*. Celkově ženy skórují na této škále více, než muži. Vyšší skóre *Drive to marry* u žen je ovlivněn tradičními postoji společnosti vůči ženským rolím a s hodnotou rodičovské role. Ženy zažívají mnohem více než muži sociální tlak, aby se vdaly a měly děti (Blakemore, Lawton, Vartanian, 2005, s. 327). S touhou vstoupit do manželství (*Drive to marry*) je významně spojena subjektivně pocíťovaná hodnota rodičovství a touha po něm, a to jak u mužů, tak u žen. Pro muže je touha stát se otcem hlavním důvodem, proč vstoupit do manželství. Muži, kteří touží stát se otcem, mají i větší touhu vstoupit do manželství, než ti, kteří po otcovství netouží (skórují více na škále *Drive to marry*) (Blakemore, Lawton, Vartanian, 2005, s. 333). Rodičovství je pro ženy důležitý důvod, proč vstoupit do manželství, ale jen jedním z mnoha (rolí hrají i vnímaná vyšší hodnota statusu vdané ženy, nebo sociální tlak). Ženy ale kladou větší důraz na důležitost budoucí rodičovské role – spíše než muži jsou ochotny upřednostnit rodičovství před kariérou (Blakemore, Lawton, Vartanian, 2005, s. 328).

Narození dítě je často spojeno s velkou radostí a oslavami. S příchodem dítěte se ale podle mnoha výzkumů mění spokojenost v manželství, a to směrem k negativnímu pólu (McLanahan, Adams, 1987; White, Booth, 1985; Twenge, Campbell, Foster, 2003).

Děti v manželství mohou mít negativní vliv na vztah, neboť narušují intimitu mezi manželi. Vstupují mezi muže a ženu a nutí je do role otce a matky. Mohou vyvolávat hádky mezi partnery ohledně výchovných metod a cílů (Schaie, Willis, 1986, s. 205).

Twenge, Campbell a Foster (2003) ve svém výzkumu zjistili, že manželská spokojenost u párů s dětmi je nižší, než v případě bezdětných manželů. Manželská spokojenost klesá po narození dítěte kvůli k většímu množství konfliktů a kvůli pocitu omezení svobody. McLanahan a Adams (1987) došli k tomu, že rodičovství má negativní dopad na celkový well-being manželů. Rodiče zažívají oproti bezdětným párům větší míru obav a úzkostí. Zdrojem těchto negativních jsou ekonomické a časová omezení, kterými musí čelit.

Na druhou stranu děti mohou působit na manželský vztah stabilizačně. Děti jsou to, co tvoří rodinu. Pro mnoho lidí jsou právě děti a jejich výchova důvodem, proč vůbec vstoupit do manželství. Rozvod je pro mnoho lidí nepřijatelný, protože by byli nuceni odloučit se od svých dětí (Schaie, Willis, 1986, s. 205). Pokud jsou děti v manželství, odrazuje to partnery od rozvodu a odloučení (White, Booth, 1985). Pro manželské páry, které jsou ve vztahu nespokojené, jsou děti největším, potažmo jediným zdrojem uspokojení v manželství (Luckey, Bain, 1970).

Podle výzkumu Waiteho a Lillarda (1996) zvyšují stabilitu manželství především malé děti, do školního věku. Tento efekt je výraznější, pokud jde o prvorozené dítě. Další děti zvyšují stabilitu manželství jen pokud jsou velmi malé. U starších dětí to však neplatí. Jak děti dospívají, zvyšuje se v manželství tenze. Starší děti a děti narozené před uzavřením manželství signifikantně statisticky zvyšují pravděpodobnost narušení manželství. Malé děti působí stabilizačně, starší spíše destabilizačně (Waite, Lillard, 1996).

12. Motivy pro setrvání ve vztahu

Předchozí tři kapitoly byly věnovány obecně třem zdrojům motivů pro manželství. V této kapitole se podíváme blíže na ty teorie, které se snaží vysvětlit, co motivuje lidi zůstat ve vztazích.

Každý člověk má kolem sebe obvykle síť různých vztahů, které mu přináší různou míru uspokojení sociálních potřeb. Někdy se můžeme ptát, proč někteří lidé zůstávají i ve vztazích, které z pohledu druhých nejsou uspokojivé. Na tuto otázku pomáhá odpovědět teorie sociální výměny, kterou formulovali J. W. Thibaut a H. H. Kelley (1959). Teorie sociální výměny v souladu s hédonistickým principem motivace tvrdí, že člověk navazuje a udržuje vztahy kvůli určitým benefitům, nebo uspokojení, které mu vztah přináší. Každý vztah přináší jak zisky, tak ztráty. Pocit spokojenosti ve vztahu je určován rovnováhou těchto zisků a ztrát (Thibaut, Kelley, 1959).

Člověk zvažuje benefity vztahu pomocí dvou kritérií: *comparasion level (CL)* a *comparasion level for alternatives (CL_{alt})*. CL je standard, pomocí kterého člověk hodnotí zisky a ztráty, které mu přináší vztah. Porovnává je s minulými vztahy, pozorováním ostatních párů, a s parterovými zisky. Na základě toho je vztah prožívám buď jako uspokojující, atraktivní, či nikoliv. *CL_{alt}* je standard, kterým se řídí člověk při rozhodování, zda ve vztahu zůstat, nebo ho opustit (Thibaut, Kelley, 1959, s. 21). *CL_{alt}* lze definovat jako nejnižší stupeň zisků, které je ochoten člověk akceptovat ve světle dostupných alternativních možností (Thibaut, Kelley, 1959, s. 21). Člověk tak může zůstat i ve vztahu, který přináší malé uspokojení, pokud nemá jinou alternativu (Slaměník, 2008, s. 255).

Tuto teorii posunula dále tzv. teorie rovnosti, kterou na konci 70. let koncipovali E. Walster, W. Walster a E. Berscheid. Podle těchto autorů má vliv na chování ve vztahu nejen vlastní uspokojení (zisk), ale i zisky, který dostává partner. Pokud je vztah založený v tomto ohledu na rovnosti, tedy oba partneři získávají i dávají přibližně stejně, je vztah prožíván jako šťastný a rovnocenný. Jestliže ale partner získává více, než dává, nebo dostává méně, než kolik investuje, je takový vztah prožíván jako nerovnocenný (Slaměník, 2008, s. 255).

Nicméně můžeme pozorovat, že spolu setrvávají lidé, jejichž vztah je konfliktní a naopak se rozcházejí lidé, kteří se ve vztahu mohli cítit spokojeně (Výrost, 2008, s. 238). Proč některé vztahy přežijí i náročné a těžké časy, zatímco jiné slibné vztahy zkrachují? Teorie založené na hédonistickém principu motivace v tomto případě ukazují své limity, neboť na

tuto otázku nedokážou zcela odpovědět. Určité vysvětlení přinášejí teorie, které akcentují téma závazku ve vztazích. Jednou z nich je tzv. model investic, jehož autory jsou Caryl E. Rusbultová a B. P. Buunk (1993). Investiční model se snaží vysvětlit proces, kterým se lidé stávají na sobě závislí a oddání vztahu. Rusbult a Buunk (1993, s. 180) tvrdí, že „*stav závislosti je subjektivně reprezentován a prožíván jako pocit závazku. Stupeň závazku je psychologický stav, který globálně reprezentuje zkušenost závislosti na vztahu*“.

Závazek (commitment) shrnuje podstatu závislosti na partnerovi ve vztahu a „*reprezentuje dlouhodobou orientaci, zahrnující pocit připoutání k partnerovi a touhu udržet vztah, v dobrém i ve zlém*“ (Rusbult, Buunk, 1993, s. 180).

Model investic může objasnit i to, proč některé vztahy přetrvávají i v náročných obdobích. Podle autorů na přetrvání vztahu nemá rozhodující vliv jen pocit spokojenosti a štěstí ve vztahu, to stěžejní je závazek, který zvyšuje pravděpodobnost setrvání ve vztahu. I spokojené vztahy se mohou rozpadnout, pokud si partneři nejsou oddáni, a naopak někteří se mohou cítit zavázání vztahu, i když v něm nejsou šťastní (Rusbult, Buunk, 1993, s. 176).

Pocit závazku má podle autorů této teorie tři zdroje: *stupeň spokojenosti, vnímané alternativy a investice*.

- *stupeň spokojenosti:*

Vztahy, které jsou šťastné a spokojení, ukazují i vyšší stupeň závazku, než nespokojené vztahy. Pokud vztah uspokojuje důležité potřeby, je to důvod pro jeho zachování. Prožívání spokojenosti je ovlivněno porovnáváním s předchozími vztahy, i sociálním srovnáváním s přáteli a vrstevníky. Také pokud vztah převyšuje obecné očekávání o kvalitě vztahu, zvyšuje se pocit spokojenosti (Rusbult, Buunk, 1993, s. 182).

Důležitou roli kvalitativní kritéria. Těmi jsou například schémata nebo mentální modely ideálního vztahu (vášnivá nebo kamarádská láska apod). Pokud se vztah přibližuje kvalitativním kritériím toho, jaký má vztah být, pocit spokojenosti se zvyšuje.

Pro pocit spokojenosti je důležité i porovnávání vlastních vkladů a zisků a vkladů a zisků partnera, a také jejich vzájemný poměr. Spokojenost je vyšší, pokud je tento poměr přibližně stejný s poměrem zisků a ztrát partnera. Pokud se liší, je to prožíváno jako stres a nespokojenost. Jedině může mít pocity viny, protože dostává ze vztahu více, než partner, a druhý partner, který se cítí nedocenení, může prožívat vztek a frustraci (Rusbult, Buunk, 1993, s. 181-182).

Pokud tedy vztah poskytuje hojné zisky, nevyžaduje velké náklady a přibližuje se mentálnímu modelu ideálního vztahu, cítí se člověk ve vztahu zavázán. Pokud by ale stupeň spokojenosti bylo to jediné, co určuje závazek, mohli bychom podle Rusbultové a Buunka

(1993, s. 182) nazývat tuto teorii modelem Jižní Kalifornie – pokud se tam cítím dobře, tak tam zůstanu. Jsou zde ale další faktory, které mají vliv na stupeň závazku.

- *kvalita alternativy*

V souladu s teorií Thibauda a Kelleyho (1959) předpokládá model investic, že jedinec se cítí více oddán vztahu, když věří, že jiné alternativy jsou horší. Alternativami mohou být nejen jiné partnerské vztahy, ale i přátelské vztahy, koníčky, apod. Obecně kvalita alternativ odkazuje k víře, že důležité potřeby budou efektivně naplněny mimo vztah (Rusbult, Buunk, 1993, s. 182). Obvyklou silou, která odvrací od vztahu, je přítomnost alternativního partnera (Rusbult, Buunk, 1993, s. 183).

Alternativy mohou být konstruovány i jako příležitosti pro opuštění nespokojeného vztahu. Například rozvod je pravděpodobnější, pokud je ekonomická, sociální a právní situace ženy podobná situaci muže. Jedinec je spíše ochoten opustit problematického partnera, pokud má uskutečnitelnou možnost úniku, která zahrnuje bydlení, příležitosti, přepravu (Rusbult, Buunk, 1993, s. 183).

Vnímání kvality alternativ je ovlivněno i dispozičně. Například silná potřeba nezávislosti a autonomie může tlačit člověka k opuštění vztahu (Rusbult, Buunk, 1993, s. 183).

- *míra investic*

Pokud by dva výše zmíněné faktory byly jediné důležité pro zachování závazku, vztah by se v těžkých dobách rozpadl, kdyby byly vhodnější alternativy. Proti přichází Rusbult a Buunk (1993) s třetím zdrojem prožívání závazku, kterým je míra investic.

Autoři tvrdí, že závazek je zvyšován investováním mnoha důležitých zdrojů do vztahu. Investicí může být prakticky cokoli, co lidé do vztahu přinášejí a co by prožívali jako ztrátu, kdyby se vztah rozpadl. Těmito investicemi se jedinec stává zavázaný ve vztahu. Investice zesilují závazek tím, že zvyšují ztrátu, která by přišla s ukončením vztahu (Rusbult, Buunk, 1993, s. 184).

Některé investice jsou přímé, jako například emocionální energie. Přímou investicí může být i osobní obětování, například odmítnutí preferovaného zaměstnání v jiném městě, aby partneři mohli zůstat spolu. Nepřímé investice jsou spojené se vztahem nepřímou, například jde o společné přátele, sdílené vzpomínky, aktivity nebo majetek, který je výlučně spojen se vztahem. (Rusbult, Buunk, 1993, s. 184).

Se vztahem může být spojeno téma osobní identity – ve vztahu postupně člověk uvažuje více jako „my“, než jako „já“. Ztráta vztahu znamená pak i narušení osobní identity. Postupem času se možnosti, identita a emoce jedince stávají spojené s partnerovými.

Dalším zdrojem investicí je kognitivní interdependence. Postupem času se partneři naučí myslet jako jednotka – prožívají svět kognitivně propojeně. Partneři časem jakoby sdílejí paměťová schémata. Pokud by se vztah rozpadl, část informací, uložených u partnera, by zmizela (Rusbult, Buunk, 1993, s. 185).

Další formou investic mohou být i sociální normy a morální předpisy, které jedince svazují, aby ve vztahu zůstal, i když je nespokojen. Jedince se může cítit zavázán vztahu, protože je to pro něj morální imperativ. Zavazující mohou být i vnější tlaky (například rodina, kulturní normy, komunita apod.), které určují, jaké chování je žádoucí. Rozpad vztahu pak znamená velké ztráty, od odsuzování přáteli až po exkomunikaci ze společenství apod. (Rusbult, Buunk, 1993, s. 185).

Model investic tvrdí, že závislost roste nejen jako následek vzrůstající spokojenosti, ale také protože nejsou dostupné lepší varianty, a množství důležitých zdrojů je investováno do vztahu. Rozpad vztahu tedy znamená ztrátu investic, materiálních i psychologických, konkrétních či abstraktních. Tyto investice mohou sloužit jako silný psychologický motiv pro zachování vztahu. Rozhodnutí setrvat ve vztahu je přímo ovlivňováno pocity závazku, který subjektivně vyjadřuje závislost na partnerovi. Pocit závazku zahrnuje jak pozitivní síly (např. spokojenost), tak i negativní síly, které blokují jedince v tom, aby odešel (vnímané horší alternativy) (Rusbult, Buunk, 1993, s. 186).

13. Naděje

Žádný lékař nezná lepší lék na unavené tělo a ztrápenou duši, než je naděje.

Stefan Zweig

Vedle výše zmíněných okruhů, které souvisely s motivací k manželství, jsem se rozhodla zařadit do této části diplomové práce ještě jedno téma, kterým je naděje. I když bychom tento pojem hledali v mnoha učebnicích obecné psychologie marně, souvisí naděje jak s motivací obecně, tak i konkrétně s motivací pro setrvání v manželství, které prochází nějakým náročným obdobím či se vyrovnává s náročnou životní situací.

Motivaci člověka ovlivňuje mnoho faktorů, jako jsou pravděpodobnost dosažení cíle, zvažování reálnosti úspěchu a riziko (Janoušek, Slaměník, 2008, s. 149). Naše chování, aktivity a snažení jsou řízeny i nadějí, že dosáhneme toho, o co se snažíme. Tradiční teorie motivace hovoří spíše o očekávání odměny, pojem „naděje“ vnáší do tohoto tématu pozitivní psychologie (Křivohlavý, 2004).

V rámci pozitivní psychologie se tématu naděje věnuje Snyder (2000), který své teoretické pojetí staví na předpokladu cílesměrného jednání. Snyder vrací do teorie motivace téma očekávání a hodnoty cíle (Křivohlavý, 2004, s. 18).

Podle Snydera (2000, s. 8) je naděje pozitivní motivační stav, který je určován jednak zaměřením energie na cíl a pak hledáním a plánováním cest. Definuje naději jako „*sumu vnímaných schopností vytvořit cestu k dosažení vytouženého cíle a vnímanou motivací tyto cesty využít*“ (Snyder, 2000, s. 8).

Jeho pojetí naděje zahrnuje čtyři komponenty: *goals, pathway thoughts, agency thoughts* a *barriers* (Snyder, 2000), neboli *osobní cíl, cesta, snaha* a *bariéry* (překlad pojmů dle: Křivohlavý, 2004, s. 17).

Cíl je základem Snyderova pojetí naděje, vytyčuje směr a vrchol nadějných představ (Snyder, 2000, s. 9).

Pojem *agency thought* odkazuje k motivaci, kterou máme, abychom vykonali cesty k dosažení vytyčeného cíle (Snyder, 2000, s. 9). Křivohlavý (2004, s. 17) to vysvětluje jako hnací sílu, která podněcuje *snahu* o dosažení cíle navzdory překážkám.

Pathway thought, uvažování o cestách, zahrnuje zvažování různých cest, které můžeme zvolit, abychom dosáhli cíle, a vnímanou osobní schopnost vytvářet tyto cesty (Snyder, 2000).

Na cestě za dosažením cíle se ale člověk obvykle potýká s různými překážkami, *bariérami*. V situaci, kdy se člověk setkává s překážkou, může vzdát svou snahu nebo vytvořit novou cestu (Synder, 2000). Právě v kontaktu s překážkami se nejvýrazněji vystupuje naděje, která vede člověka k vytrvalosti, k odstraňování bariér a hledání alternativních cest (Křivohlavý, 2004, s. 20).

Snyder (2000) hovoří o naději nejen jako o momentálním stavu, ale i jako o charakteristickém rysu člověka. Rozlišuje lidi silné naděje (high-hope) a slabé naděje (low-hope) (Snyder, 2000, Křivohlavý, 2004). Lidé silné naděje i slabé naděje prožívají negativní emoce, když se setkají s překážkou, která je potkává na cestě za dosažením cíle. Rozdíl mezi nimi je ale v tom, jak se k těmto překážkám staví. Lidé „high-hope“, na rozdíl od lidí low-hope, dokážou pohlížet na bariéry jako na výzvy, které mohou překonat a dokážou hledat a nacházet alternativní cesty, aby dosáhli cíle. Lidé slabé naděje vidí překážku spíše jako bezvýchodnou situaci (Snyder, 2000, s. 10).

Snyderova teorie naděje má určité styčné body s dalšími podobnými koncepcemi, které více či méně akcentují témata cíle, cesty, očekávání, například Seligmanova teorie optimismu a naučené bezmoci, Bandurova teorie self-efficacy, pojetí self-esteem apod. (Křivohlavý, 2004). Domnívám se, že pojem *naděje* jako takový patří do tématu motivace, a určitě ho nemůžeme vynechat, pokud se ptáme, proč lidé zůstávají v manželství, i když procházejí mimořádně náročnými obdobími – zvládat těžkosti pomáhá jistě naděje, že bude lépe.

MOTIVACE PRO SETRVÁNÍ V MANŽELSTVÍ U PARTNERŮ OSOB PO PORANĚNÍ MOZKU

Následující část této práce je tvořena vlastním kvalitativním výzkumem.

14. Cíle a výzkumné otázky

Tato diplomová práce se snaží porozumět situaci manželských párů, kde jeden z partnerů utrpěl poranění mozku. Teoretická část se snažila poskytnout vhled do situace partnerů osob po poranění mozku. Viděli jsme, že partneři prožívají značnou zátěž v souvislosti s poraněním a že následky poranění ovlivňují různé aspekty manželského soužití.

V teoretické části bylo také popsáno, že v dnešní době se rozvádí každé druhé manželství. Rozvod je v dnešní době chápán jako přijatelné řešení problematické situace v manželství. Jsou nicméně vztahy, které přetrvávají i náročné krize a zátěžové situace. Na druhou stranu se rozvádějí i páry, které byly považované okolím za relativně spokojené. V čem se tyto páry liší? Co pomáhá manželům zvládat náročná období a co udržuje jejich vztah i v krizových situacích? Tyto otázky můžeme vztáhnout právě i na situaci manželství po poranění mozku. Následkem poranění se může stát, že se partner změní, není to již ten stejný člověk, jaký byl před poraněním. Zatímco v běžném vztahu se partneři postupně mění a ovlivňují postupně a zároveň, poranění mozku je náhlou událostí, která změní dosavadní fungování. Partneři se musí adaptovat na novou situaci a naučit se jiným způsobům chování, jiným dovednostem.

Mnoho výzkumných studií, které se zaměřovaly na situaci partnerů osob po poranění mozku, zkoumalo kvantitativně míru u zátěže, stresu, symptomů úzkosti a deprese. Co se týče manželství jako takového, můžeme najít různé výzkumy, které se snaží zjistit míru rozvodovosti u těchto manželství.

V této práci bych se chtěla hlouběji zaměřit na prožívání manželství u partnerů osob po poranění mozku. Cílem této práce je zmapovat jednak co motivuje partnery po poranění mozku setrávat ve vztahu, i přes značnou míru zátěže, který vyplývá z následků poranění, a pak dále to, jaké faktory souvisejí s motivací pro setrvání v manželství. Pro porozumění

motivům jsem zvolila kvalitativní metodu, která poskytuje větší možnost zmapovat jedinečné zkušenosti a prožívání.

Na základě záměru této práce jsem stanovila dvě výzkumné otázky:

1. Jaké jsou motivy pro setrvání v manželství u partnerů osob po poranění mozku?
2. Jaké faktory souvisejí s motivací pro setrvání v manželství u partnerů osob po poranění mozku?

15. Projekt výzkumu

Pro realizaci záměru práce jsem zvolila kvalitativní metodologii. Důvodem je samotné téma. Některá témata v psychologii jsou obtížně zkoumatelná kvantitativně. Mezi těmito tématy jmenuje Miovský (2006, s. 35) i výzkum motivace a doporučuje právě kvalitativní přístup. Na nezbytnost fenomenologického přístupu k problematice lidské motivace upozorňují i další autoři (Nakonečný, 1996, s. 19).

15.1. Výzkumný soubor

Výzkumný soubor zahrnuje celkem 8 osob – partnerů osob po poranění mozku.

Hlavní kritérium výběru osob do výzkumného vzorku bylo to, že jde o partnery osob po poranění mozku, kteří jsou v manželském vztahu, přičemž poranění mozku je chápáno v širším slova smyslu (viz výše, Kulišťák, 2011b), zahrnuje tedy nejen traumatická poranění, ale i cévní mozkové příhody. Vzhledem k tomu, že v této práci jde především o hledisko partnerů těchto osob, etiologie samotného poranění nehraje tak zásadní roli.

Druhým kritériem bylo to, že od poranění uplynulo alespoň půl roku. Na základě různých výzkumů, zmíněných v teoretické části se domnívám, že v prvních týdnech či měsících po poranění se partneři vyrovnávají s šokem a z hlediska zdravotního jde spíše o otázky přežití jejich partnera. Domnívám se, že otázka setrvání v manželství tváří v tvář následkům poranění může vyvstat, až když je stav postiženého partnera stabilizovaný (srov. Wood a Yurdakul, 1997)

Metodou výběru výzkumného vzorku byla metoda záměrného výběru prostřednictvím institucí (Miovský, 2006, s. 128). Vzhledem k tomu, že přístup k dané cílové skupině je složitý, považuji tento přístup za efektivní metodu.

Nejprve jsem oslovila občanské sdružení Cerebrum, od kterého vznikl i podnět pro téma této práce. Sociální pracovnice občanského sdružení vytipovala mezi klienty 15 osob, které splňovaly kritéria, a oslovila je, respektive jejich partnery, s možností výzkumu. S účastí souhlasilo 5 osob, které na sebe poskytly kontakt. Tyto osoby jsem kontaktovala prostřednictvím e-mailu. Z nich kritéria splňovaly 4 osoby, které souhlasily s účastí na výzkumné studii.

Další účastníci byli získáni prostřednictvím Vojenského rehabilitačního ústavu Slapy nad Vltavou. Zde byli osloveni 4 pacienti po poranění mozku, kteří byli v manželském vztahu, s žádostí, aby svému partnerovi předali letáček s informacemi o výzkumu k diplomové práci. Na toto oslovení reagovali 2 partneři, odpovědí na e-mailový kontakt.

Dále jsem prostřednictvím kontaktů od doc. Kulišťáka oslovila písemně 8 bývalých pacientů rehabilitačního ústavu Slapy, z nich se ozvaly k výzkumu 2. Dále byly osloveny další instituce: rehabilitační ústav Kladruby a denní stacionář kliniky ESET, určený pro osoby po poškození mozku.

Z důvodu snahy získat co největší počet účastníků byla respondentům slíbena finanční odměna 300 korun.

Výzkumný soubor celkem tvoří 8 osob (5 žen, 3 muži). Věk respondentů se pohyboval mezi 26 a 66 lety. Rozpětí délky manželství je také značně široké, nejkratší manželství trvá 3 roky, nejdelší 45 let. Dva respondenti reprezentovali bezdětná manželství, v jednom případě šlo o manželství s nezletilými dětmi. Ostatní respondenti měli děti v dospělém věku.

Pro 7 osob to bylo první manželství, pouze pro Paní H. (i pro jejího partnera) šlo o druhé manželství.

Podrobněji popisuje základní charakteristiky výzkumného vzorku následující tabulka:

	Věk	vzdělání	Délka manželství	Děti	Partner			
					věk	Typ poranění	Poranění v roce:	
Paní A.	35	SŠ	10 let	ne	38	TBI	2008	PID
Paní B.	57	VŠ	36 let	34 a 24 let	59	TBI	2011	PN
Paní C.	45	VŠ	26 let	21 a 23 let	50	TBI	2011	PN
Pan D.	66	SŠ	45 let	45 a 38 let	65	CMP	2003	SD
Pan E.	26	VŠ	3 roky	ne	23	TBI	2008	PID
Pan F.	55	SŠ	31 let	25 let	49	TBI	2007	PID
Paní G.	40	SŠ	16 let	12 a 8	39	CMP	2007	PID
Paní H.	65	VŠ	22 let	22 let	65	TBI	2003	PID

Tab. 7. Demografické charakteristiky výzkumného souboru

Vysvětlivky: TBI = traumatic brain injury, CMP = cévní mozková příhoda,

PID = Plný invalidní důchod, PN = pracovní neschopnost, SD= starobní důchod

15.2. Metody získávání, zpracování a analýzy dat

Hlavní metodou sběru dat byla metoda polostrukturovaného rozhovoru. Tuto metodu jsem použila proto, že mě zajímaly subjektivní zkušenosti a prožívání respondentů. Výhodou tohoto typu interview je možnost pokládat doplňující otázky pro vyjasnění některých témat, které zazní v průběhu rozhovoru. Vzhledem k citlivosti daného tématu je tento typ sběru dat vhodný, neboť umožňuje navázat osobní vztah s respondentem a vytvořit vhodnou atmosféru pro rozhovor o osobních tématech. Nevýhodou neurčitý vliv samotného tazatele a struktury rozhovoru na odpovědi respondenta. Tyto limity budou diskutovány v příslušné kapitole. Scénář rozhovoru je uveden v příloze.

Další metodou byly vizuálně analogové škály. Na čtyřech škálách od 0 do 100 znázorňovali respondenti vnímanou kvalitu manželského života, vlastní odhodlání setrvat v manželství, a dále subjektivní představu o tom, jak partner vnímá kvalitu vztahu a subjektivní představu o odhodlání partnera setrvat v manželství. Škála odhodlání setrvat ve vztahu sloužila jako operacionalizace motivace pro setrvání v manželství.

Pro ověření získaných poznatků, byly v rámci triangulace použity další metody: Bubble test a Nedokončené věty.

Bubble-test je projektivní grafickou metodou. Respondenti reagovali na situaci znázorněnou v podobě schematické kresby, která nezorňuje komunikaci dvou postav. Jedna postava říká podnětovou větu: „*Setrávat s manželem po poranění mozku nemá smysl*“. Respondenti doplňovali reakci druhé postavy do dvou komikových „bublin“, do jedné zapsaly, co si postava myslí a do druhé, co říká.

Další metodou, opět projektivní, je metoda nedokončených vět. Zpracování těchto úkolů je uvedeno v příloze.

Rozhovory probíhaly vždy s jedním respondentem, v rámci jednoho setkání. Celková délka rozhovorů byla různá, nejkratší rozhovor trval 1 hodinu 11 minut, nejdelší 2 hodiny.

Místo, kde probíhaly rozhovory, bylo na volbě respondentů. Ve 2 případech se jednalo o domácí prostředí, v jednom případě rozhovor probíhal v prostorách o.s. Cerebrum, v ostatních případech šlo o kavárnu či restauraci. Rozhovory probíhaly v období od prosince 2011 do února 2012.

Rozhovory byly se souhlasem respondentů zaznamenávány na diktafon. Audiozáznam byl poté doslovně přepsán do textové podoby, získaná data byla zpracována v programu Word. Plná transkripce rozhovorů je přiložena v elektronické podobě na CD-ROMu.

Při transkripci byl ponechán hovorový a nespisovný jazyk, aby byla zachována autenticita výpovědi. Pro citace v rámci textu práce byla použita redukce 1. řádu z důvodu plynulejšího čtení. V závorkách jsou zapsány některé nonverbální projevy (smích, povzdech).

Z důvodu zachování anonymity byly odstraněny osobní údaje a specifická data, která by mohla vést k identifikaci respondentů. Všichni respondenti jsou v tomto výzkumu uvedeni pod zkratkou písmene v abecedě. Při citacích v rámci práce je v závorce uvedeno označení respondenta a čísla řádků transkribovaných rozhovorů.

Přepsané rozhovory byly kódovány a seskupeny do kategorií pomocí metody vytváření trsů a pomocí metody kontrastování byly. Dále jsem použila metodu faktorování, neboť v rámci druhé výzkumné otázky jsem se pokoušela hledat odpověď na otázku, jaké faktory mají vliv na stabilitu, potažmo na motivaci pro setrvání v manželství. Okrajově jsem využila metodu prostého výčtu - u některých jevů, které se zdály významné, uvádím četnost jejich výskytu. Další použité metody byly podpůrné a doplňkové k rozhovoru, někdy sloužily jako podnět k rozhovoru. Hodnoty z vizuálně analogových škál jsou popsány deskriptivně.

Všichni účastníci byli seznámeni s cílem a účelem výzkumného rozhovoru. Účastníci písemně souhlasili s nahráváním rozhovoru na diktafon. Jména a data, která by mohla vést k identifikaci účastníků, byla anonymizována. Účastníci jsou v této práci označováni prvním písmenem podle abecedy.

16. Výsledky

Zkušenosti a prožitky partnerů osob po poranění mozku jsou velice individuální. Proto jsem se rozhodla vedle vlastní analýzy rozhovorů dle výzkumných otázek popsat kazuisticky zkušenosti respondentů a jejich motivaci pro setrvání v manželství.

Dále pak v rámci tabulky uvádím pro porovnání některé odpovědi respondentů, které ilustrují celkové naladění a prožívání manželství.

16.1. *Kazuistický popis*

Paní A.

Bezdětné manželství, délka manželství 10 let, rozhodnutí setrvat ve vztahu: 50.

Partner utrpěl úraz před 3 lety při autonehodě. Došlo k vícečetnému poranění, kromě poškození mozku i zlomená noha, pánev, poraněná plíce. Dva týdny byl v umělém spánku. První prognózy byly pesimistické, lékaři dávali jen malé šance na přežití. Nyní je partner v invalidním důchodu, fyzicky je soběstačný, následkem poranění jsou kognitivní (poruchy paměti) a psychické změny (agresivita, rigidita, snížené sebevědomí, uzavřenost, nerozhodnost...).

Po poranění mozku se nejvíce změnil „vztah jeden k druhému“. Manželství je nyní „v dost špatném stavu“. Hlavním zdrojem motivace pro setrvání ve vztahu je citový vztah, a společný pes. Riziko rozvodu je spojeno s otázkou rodičovství. Děti nemají, Paní A. děti se současným partnerem mít nechce, důvodem jsou následky poranění mozku. Téma dítěte je pravděpodobně zásadní pro zachování vztahu, ukazuje to i četnost výskytu slova dítě (16x) nebo děti (17x) během rozhovoru. K rozvodu by také přispěla existence alternativních možností (jiný partner). Zdroje síly jsou mimo vztah (práce, kamarádi). Jako nejkrásnější na manželství je hodnoceno to, že partner není na vozičku.

Co by vzkázala člověku, jehož partner utrpěl poranění mozku: *No tak že je to velmi náročný, a že... jako že třeba postupně se tolepší*

Paní B.

Manželství tvá 36 let, dvě dospělé děti a vnoučata, rozhodnutí setrvat ve vztahu: 100.

Manžela před půl rokem porazila tramvaj, utrpěl traumatické poranění mozku, dále měl zlomenou ruku, žebra, poraněné plíce, hematom sleziny. V kómatu byl 11 dní. První prognózy byly 50% šance na přežití, pak prognóza vegetativního stavu. V nemocnici byl hospitalizovaný celkem 3 měsíce. Nyní je stále v rehabilitačním ústavu, jezdí na víkendy

domů. Současný stav: problémy s pohybem levé ruky a levé nohy, mírné potíže s jemnou motorikou, probíhá kognitivní rehabilitace, problémy s krátkodobou pamětí, zpomalení psychomotorického tempa. Je soběstačný, řídí auto.

Celkově hodnotí kvalitu vztahu před poraněním pozitivně, když hovoří o partnerovi, převažují jasně pozitivní hodnocení. Po poranění partnera se ale cítí více jako pečovatelka, než jako manželka. Setrvání v manželství je pro Paní B. naprosto samozřejmou věcí, manžel je pro ni *nejlepší kamarád*, zároveň by *neopustila člověka, který potřebuje pomoc*.

Co by vzkázala člověku, jehož partner utrpěl poranění mozku: *Aby byl hodně silnej, protože to bude strašně moc potřebovat. Samozřejmě optimistickej, aby věřil, že to dobře dopadne*

Paní C.

Manželství trvá 26 let, mají dvě dospělé děti, odhodlání setrvat ve vztahu: 100.

Před 7 měsíci došlo k autonehodě, při níž řídila paní C. Manžel utrpěl poranění levé části hlavy, poranění levé ruky a nohy. Byl 10 dní v umělém spánku. První prognózy byly špatné. Po třech měsících hospitalizace se dostal rehabilitačního ústavu, kde byl 4 měsíce. Domů se vrátil po 7 měsících, stále probíhá ambulantní léčba (fyzioterapie, ergoterapie...) a fyzický stav se zlepšuje. Sebeobsluha je omezena v důsledku poranění pravé ruky (potřebuje pomoc při koupání, příprava jídla), zvládne řídit auto. Charakterové změny nenastaly, problém je spatřován ve fyzickém omezení. Kognitivní změny jen mírné (občas si splete den v týdnu, nebo slova), ale paní C. má obavy, aby se ještě neobjevily. Z psychických změn si všímá jen zvýšené únavy. Partner je v pracovní neschopnosti, Paní C. musela mírně omezit pracovní aktivity.

Manželství popisuje jako „dobré“, „funguje dobře“. V době před poraněním bylo manželství „idyla“, protože partneři měli za sebou „pubertu svých dcer“ a mohli se soustředit sami na sebe. Poranění ovlivnilo manželství ve fyzických limitech partnera, takže došlo k omezení některých společných aktivit (cestování)

Láska je opakována jako významný aspekt vztahu: „*vždycky jsem si vážila toho, že mě má hodně rád*“. Láska je zmiňována jako to hlavní, co je drží s partnerem pohromadě: „*my se máme opravdu strašně rádi*“.

Co by vzkázala člověku, jehož partner utrpěl poranění mozku: *trpělivost, a zároveň nezavírat se sám do toho problému, prostě komunikovat s okolím a hledat (...) lidi, se kterými se to dá sdílet, a kteří mu můžou pomoci, prostě, neodmítat pomoc.*

Pan D.

Manželství trvá 45 let, 2 dospělé děti, odhodlání setrvat ve vztahu: 100.

Před 9 lety utrpěla manželka následkem endokarditidy cévní mozkovou příhodu. Byla hospitalizovaná 3 měsíce, kdy léčili virovou infekci. Po první mrtvici probíhala rekonvalescence dobře, manželka začala mluvit a chodit, v nemocnici dostala druhou mrtvici, byla 4 dny v kómatu, prognóza byla 10% šance na přežití. Propustili ji po tři čtvrtě roku z nemocnice, byla imobilní. Rehabilitace probíhala v domácím prostředí za pomoci docházejících sester, následovaly rehabilitační pobyty v různých zařízeních. Stav se zlepšoval dva až tři roky, nyní Pan D. vnímá stabilní stav. V současné době má manželka ochrnutou pravou ruku, částečně ochrnutou levou nohu, trpí expresivní afázií, a inkontinencí. Soběstačnost je omezená (pomoc při osobní hygieně, příprava jídla). Následkem jsou i psychické změny, objevují se „depky“, změny nálad, někdy návaly zuřivosti a vzteku, naštvanost na celý svět, zloba, výčitky vůči světu i partnerovi.

Pan D. musel převzít péči o domácnost a veškeré vyřizování, i vzhledem k afázii. Péče o manželku je výhradně na klientovi, který je na to sám. Pan D. je v důchodu, po večerech pracuje doma na PC. Z toho důvodu považuje život s partnerem po poranění mozku za „těžkej“, ale na těžkosti si postupně zvyknul

Partneři se znali od tanečních, důvod, proč se vzali, nedokáže říci: „to tak nějak vyplynulo“. Manželství považuje za hodnotu, je to „správná věc“, „něco normálního“. V době před poraněním bylo manželství spokojené, klidné. V současné době se pro něj manželství *udržuje z nutnosti, rozvést se sice nechce, ale i kdyby chtěl, tak to nejde*. Setrvání ve vztahu je morální povinnost, spojená se zodpovědností vůči partnerce, která je na něm závislá. Po poranění mozku se nezměnil vztah jako takový: „Člověk nemůže mluvit o lásce“ ale je to tím, „jak se žije“, a nejen samotnou mrtvicí.

Co by vzkázal člověku, jehož partner utrpěl poranění mozku: *No, aby se obrnil. Trpělivostí. Trpělivostí, aby se obrnil. Protože to jsou prostě věci, který se nedají řešit normálním způsobem, že jo. Jako u zdravějších lidí, protože když budeme zdraví, tak v podstatě když mě natolik rozčílí, tak bouchnu dveřma a přijdu druhý den, nebo za týden, ale to nejde, prostě.*

Pan E.

Manželství trvá 3 a půl roku, nemají děti, odhodlání setrvat ve vztahu: 100.

Manželka utrpěla při autonehodě poranění, došlo k difuznímu axionální poranění mozku, dále měla rozdrčenou kyčel, stydkou kost, zlomenou klíční kost, zlomené žebro. Lékaři dávali 5% šanci na přežití.

Před poraněním spolu chodili 2 roky, žili spolu. Vzali se 3 měsíce po poranění. Hlavním důvodem bylo to, že matka jeho ženy chtěla svou dcerou zbavit svéprávnosti, dále v tom hráli roli i praktické důvody (vyřizování formalit za manželku apod.). Po 2 měsících ji propustili z nemocnice. Pan E. odmítl pobytové rehabilitační zařízení, vzal si manželku domů a pečoval o ni. Na rehabilitaci docházeli ambulantně, intenzivně asi půl roku. Nyní je manželka soběstačná a samostatná. Je v invalidním důchodu, dálkově si dodělává střední školu a pracuje na částečný úvazek.

Povahově nastaly „hodně změny“: náladovost, někdy agresivita (verbální), lítostivost, dětinskost, omezení sociálních kontaktů. Stav své ženy popisuje jako „naprosto normální“, „prostě klasická ženská“.

Celkově vztah hodnotí velice pozitivně, „naprosto vyrovnaný“, manželství je *veselý* a *dobrý*. Pokaždé, když mluví o jejich vztahu, je to pozitivní hodnocení, vztah prožíván jako výjimečný v porovnání s ostatními páry. Po poranění je ale vztah „lepší“, protože si *člověk vychutnává všechny chvíle*. Ve vztahu je drží „vzájemná láska“, „porozumění“, „pochopení“, a to, že jsou „na sebe moc upnutý“. Zůstal by s manželkou, i kdyby „trakaře padaly“.

Co by vzkázal člověku, jehož partner utrpěl poranění mozku: *Ber to s humorem. Je to zkouška.*

Pan F.

Manželství trvá 31 let., 1 dítě v dospělém věku, odhodlání setrvat ve vztahu: 100.

Před pěti lety byli oba manželé zranění při autonehodě zaviněné řidičem nákladního auta. Situace je vnímána jako velký zlom v životě obou. Havárie přinesla oběma určitá fyzická omezení, museli se vzdát lektorování tance.

Pan F. utrpěl menší zranění, manželka byla hospitalizovaná. Měla několikrát zlomenou nohu, kontuze, tržné rány, zlomení spodiny lebeční. Byla 5 dní v kómatu, měsíc byly hospitalizované v nemocnici, 3 měsíce byla na vozičku. Následovalo několik rehabilitačních pobytů. Domů se dostala po téměř osmi měsících. Manželka je soběstačná, je v plném invalidním důchodu, pomáhá manželovi s podnikáním.

Ke změnám charakterových vlastností nedošlo, pouze omezení k fyzické aktivitě. Ohledně fyzických aktivit zároveň podle pana E. hraje roli vyšší věk a stárnutí, nedokáže oddělit projevy stárnutí a následky poranění. Budoucnost je spojena s obavami ohledně zhoršování fyzického stavu obou partnerů vlivem stárnutí. Prožívané těžkosti situace jsou spojeny s dalšími okolnostmi, jako snaha zachránit firmu, soudní řízení a jednání s pojišťovnami, které trvalo 4 roky.

Manželský vztah se podle pana E. nezměnil, spíše se vlivem zátěžové situace posílil.

Bez své manželky si „*nedovede život vůbec představit*“. O rozvodu neuvažoval. Samotné trvání vztahu je pro něj nejkrásnějším aspektem vztahu. Uvědomuje si, že kdyby následky poranění byly vážnější, setrvání ve vztahu by bylo obtížnější, ale zdá se mu „*člověka opustit mi přijde hrozný*“.

Co by vzkázal člověku, jehož partner utrpěl poranění mozku: *At' je silnej, to se nedá jinak říct, to je jednoduchá otázka. Pokud by to bylo vážnější poranění, tak to bude těžký.*

Paní G.

Manželství trvá 16 let, 2 nezletilé děti, odhodlání setrvat ve vztahu: 50.

Manželovi prasklo aneurysma, došlo ke krvácení do mozkové komory. V kómatu byl 6 týdnů. Lékaři našlo zdroj krvácení až po 2 měsících, kdy začínal chodit a mluvit. Proběhla operace, pooperační stav se ale zhoršil: nemrkal, nemluvil, byl jako „*ležící mrtvola*“. Paní G. pracovala na bazální stimulaci. V nemocnici trávila každý den asi 6 hodin. Po roce se manžel dostal z nemocnice, pak byl dvakrát v rehabilitačním zařízení. Domů se dostal celkově po šestnácti měsících hospitalizace, jako „*úplně jinej chlap*“. Byl na vozíčku, závislý plně na péči manželky. Další komplikací byla potom závislost manžela na alkoholu, manžel se vracel domů opilý, pomočený a špinavý.

Nyní má stále menší fyzické změny (jiná chůze, obrna očí), které si vyžádaly omezení sportovních aktivit a náročných činností. Psychické změny jsou ale dominantní: změny nálad, problémové sociální chování (nevhodné chování na veřejnosti) a kognitivní změny (pokles IQ).

Paní G. byla v době poranění na rodičovské dovolené, posléze přešla na péči o osobu blízkou (doposud), je prakticky v domácnosti. V péči o manžela je třeba ho neustále *hlídat, kontrolovat, motivovat ho, hlídat peníze*, je to jako „*třetí dítě*“.

Vztah byl problematický i před úrazem, manželství už 5 let po svatbě bylo hodnoceno jako nekvalitní (nevěry, sobectví), paní G. měla podezření na poruchu osobnosti

manžela. V době před poraněním uvažovala paní G. vážně o rozvodu. Péče o manžela ale byla motivací vztah zachovat.

Pro paní G. má velký smysl „zachránit člověka v tom nejhorším období“, „zkusit to zvládnout“. Nyní rozvod řešit nechce, jednak kvůli dětem a pak také z hlediska existenčních. Překonané náročné období je pro ni motivací pro zachování vztahu. Rozvod pro ni navíc znamená řadu dalších komplikací, paní G. se chce nyní více soustředit na sebe a na zajištění si vlastní práce.

Co by vzkázala člověku, jehož partner utrpěl poranění mozku: *určitě bych jim doporučila, ať ho jako v tom nenechávají, no, ať ho v tom nenechávají a ať mu pomůžou. Ale musej počítat s tím, že, se to bude vyvíjet, ne vždy podle jejich očekávání, to určitě, teda.*

Paní H.

Manželství trvá 22 let, pro oba partnery je to druhé manželství, odhodlání setrvat ve vztahu: 80.

Před devíti lety partner utrpěl při pádu ze schodů traumatické poškození mozku. Po operaci byl 4 týdny v umělém spánku, šance na přežití byla 35%. Po probuzení trpěl expresivní afázií. V nemocnici byl hospitalizovaný 2 měsíce, pak ho propustili domů. Následovalo v průběhu let několik rehabilitačních pobytů. Vedle afázie a poruch paměti (ztráta cizích jazyků) došlo i k psychickým změnám (změny nálad, zloba, negativismus, lítostivost). Po 4 letech se psychický stav vrátil přibližně do normálu, potíže s řečí a vyjadřováním v mírné formě přetrvávají. Je soběstačný, paní H. stále pozoruje drobná zlepšení fyzického stavu. Fyzicky je na tom přibližně stejně, jak před poraněním, věnuje se některým sportům, jako dříve. Je v plném invalidním důchodu. Po poranění manžela musela paní H. převzít jeho firmu, snažila se jí udržet, nakonec podnikání museli ukončit.

Manželství popisuje jako: „italský“. I přes velké množství hádek je vztah před poraněním byl hodnocen pozitivně (mají společné koníčky, společně si povídají). Manželství pro ni znamená především jistotu. Před vstupem do manželství očekávala, že partner bude schopen zajistit a postarat se o rodinu, kterou spolu chtěli založit. Váží si ho za to, že je orientovaný na rodinu, je mu vděčná za dosavadní starost a zjištění rodiny: „*vracím mu to, co on mě dal, nebo co nám dal*“. Zároveň cítí, že nemůže opustit člověka, který je „*nemohoucí*“ a který by se o sebe nemohl sám postarat.

Co by vzkázala člověku, jehož partner utrpěl poranění mozku: *že potřebuje hodně trpělivosti a že musí to zkusit, musí do toho jít... já... a nemůže toho člověka opustit, musí počkat, až se to z toho trošičku dostane, teprve potom...*

Tab. 8. Odpovědi respondentů výzkumného souboru na některé otázky rozhovoru

	Respondent		Představa o vnímání partnera		Asociace k manželství	Jaký je život s partnerem po poranění mozku?	Manželství s člověkem po poranění mozku je jako...	3 nejdůležitější věci v životě	Co je důležité ve vztahu	Co drží vztah pohromadě
	K	O	K	O						
Paní A.	40	50	50	80	Vztah dvou lidí, co se mají rádi	Hrozný...	Jako zlej sen	Práce, aby se hodil víc do klidu, aby se nestala žádná další nehoda, zdraví	Aby nesváděl všechno na ten úraz, aby se snažil nějak sám, nepoddával se	Pes
Paní B.	80	100	90	100	Tu instituce za zbytečnou nepovažuji, přátelství, „v dobrém i ve zlém“, vzájemnost	„si to každé musí prožít, nesdělitelné	Na houpáče; jako jízda ve velmi pomalém vlaku	Zdraví, životní spokojenost, vycházet s lidma	Tolerance, pochopení, celkové spokojenost	Manžel je nejlepší kamarád
Paní C.	80	100	50	100	Láska, vzájemnost, společné prožitky, děti, domácnost	Mám štěstí, protože to vlastně nevím.	Dobrodružství	Rodina, knížky, zdraví	Respektování se, trpělivost, láska	Láska
Pan D.	70	100	70	100	Manželství bylo něco normálního, samozřejmého, manželství je správná věc,	Těžkej, těžkej život	Starost od rána do večera o toho druhýho	Zdraví, štěstí, peníze	Morální povinnost, zodpovědnost	Vlastní zodpovědnost a závislost partnerky
Pan E.	100	100	100	100	Prachy, peníze, jednodušší život	Snazší; Uvědomuju si každý chvíle, kterou chceš s tím člověkem prožít	pohoda	Nejsou, vše je nejdůležitější; kyslík, potrava, bytí; prachy, prachy, prachy.	porozumění	Vzájemná láska
Pan F.	91	100	81	100	Polovina lidí do toho vstupuje, aniž by vůbec tušila, co dělá...	Nevím, nedokážu říct, co z toho bylo poranění mozku	To nedokážu odpovědět	Nelhat, nedělat to, co se mi na někom nelíbí, být tolerantní	(nespecifikováno)	Prostě nedovedu si to bez ní vůbec představit.
Paní G.	40	50	70	90	Utrpení. Kompromis, pochopení, tolerance, neustále na něm pracovat.	Jako s dítětem	Jako houpáčka	Zdraví, spokojená rodina, vlastní spokojenost	Aby dva byli na stejný úrovni, partáci, tolerance a pochopení	Děti
Paní H.	60	80	40	90	Jistota	Hezkej život; to se ani nedá moc popsat, to člověk musí zažít	Život na houpáče	Zdraví, rodina, asi koníčky	Tolerance, pochopení	Zdroje

Vysvětlivky: K= kvalita manželského života O = odhodlání setrvat ve vztahu; hodnoty označené na vizuálně analogové škále od 0 do 100.

16.2. Výzkumné otázky

1. výzkumná otázka: Jaké jsou motivy pro setrvání v manželství?

Jednou z otázek, která explicitně zjišťovala motivaci pro setrvání ve vztahu, byla: *co vás drží s partnerem pohromadě?* Jednotlivé odpovědi osmi respondentů lze zjednodušeně shrnout: *společný pes, manžel jako nejlepší kamarád, láska, zodpovědnost, láska, „nedovedu si to bez ní představit“, děti, zdroje.*

Tyto a další uváděné motivační zdroje můžeme uspořádat do několika kategorií: *sociální motivace, morální motivace, děti, materiální zabezpečení.* Kromě těchto byl explicitně jmenován jeden motiv pro uzavření, potažmo setrvání v manželství, a to jsou *praktické důvody.*

Sociální motivace

Jako hlavní zdroj motivace pro setrvání v manželství uváděli explicitně emocionální aspekty vztahu čtyři respondenti. Ti zároveň označili na vizuálně analogové škále své odhodlání zůstat ve vztahu maximální hodnotou 100%. Zdá se tak, že odpověď na otázku, co drží partnery spolu i v obtížných situacích, je zřejmá: láska. Fenomén je ale poněkud pestřejší. V rozhovoru byly vyjadřovány různými slovy a různou intenzitou.

Láska, nebo „**mít rád**“, zaznívalo často jako významný aspekt vztahu, a to jak u mladých, tak u starších párů. Například pro Paní C. je i po 26 letech manželství láska první asociací ke slovu manželství. *Láska* byla ve dvou případech i explicitní odpovědí na otázku, co partnery drží ve vztahu pohromadě.

Tak pořád ta láska. Tam je opravdu intenzivní, že my se máme opravdu strašně rádi (Paní C., 979-980).

Vzájemná láska, co jinýho. Porozumění, pochopení, máme se dobře, prostě (Pan E., 616).

V průběhu vztahu se láska mění, počáteční zamilovanost mladého vztahu je vystřídána vztahem lásky kamarádké:

Asi by mi chyběl, no... jako... přece jenom jsme spolu fakt dlouho, máme se rádi, už se teda tak nemilujeme, jako jsme se milovali předtím, ale... (Paní A., 498-498).

No ta láska tam taky samozřejmě musí zůstat, ale má čím dál tím jiný význam, pak je to možná spíš přátelství... (Paní B., 7-8).

Furt po těch letech je to pro mě nejlepší kamarád (Paní B., 1012).

Určitým vyjádřením sociální motivace je i touha **být s partnerem**, která se právě v krizových situacích může zintenzivnit i v dlouhodobých vztazích. Náročná životní situace a prožitá krize nutí uvažovat o tom, jaký by byl život bez partnera. Často partneři vyjadřovali pocit, že „být s partnerem“ je důležité samo o sobě. Představa, že by byli bez něj, je nepřijatelná.

Tehdy jsem se opravdu poprvé začala zabývat myšlenkou, že bych zůstala sama a bylo to pro mě docela dost nepřijatelný (Paní B., 266-267).

Nedovedu si to bez ní vůbec představit. (Pan F., 687-688).

No já ho chápu jako... jako puzzli, jako on je jedna puzzle, a do mě zapadá ta druhá, a s tímhle si teda nejde život představit, život bez něj... (Paní B., 6016-618).

No můžu vám říct, že tam jsem si poprvé uvědomila, že by mohl umřít... Ale pak jsem si řekla, že to se stát samozřejmě nemůže, protože já jsem neschopná samostatného života, a kdo by se o mě staral (Paní B., 259-261).

Já bych byl nešťastnej sám (Pan F., 810).

Dobře mi bylo jenom, když jsem mohla být u něj. Jinak ne. (Paní C., 638).

Ve výzkumném souboru 8 osob uváděly 2 ženy, že zvažují rozvod, odhodlání setrvat ve vztahu vyjádřily na vizuálně analogová škále od 0 do 100 hodnotou 50. I v těchto případech zaznívá jako významný motivační zdroj láska, či „mít rád“. Výroky ovšem dávají tušit, že zde hraje roli velké „ALE“, jakoby samotný citový vztah nestačil pro zachování vztahu.

Ale ráda ho mám furt, stejně ho jako k němu jako, ráda ho mám, to jako jinak bych s ním asi vůbec jako nebyla. (Paní G., 533-534).

Jsem ráda, že je se mnou, nechtěla bych, aby se se mnou rozešel, nebo rozvedl, ale... (Paní A., 281).

Ale jako mám ho ráda, nechtěla bych asi od něj odejít, ale... (Paní A., 436-437).

Morální motivace

Motivaci ovlivňují hodnoty člověka, představa toho, co je dobré a co je špatné, co je správné a co špatné. Do této kategorie jsem zařadila ty výpovědi, které souvisely s představou „správného“ a „špatného“ jednání.

Zdrojem morální motivace může být i **vztah k samotné instituci manželství**. Manželství samo o sobě je důvodem, proč s partnerem zůstat. Například paní C. doplnila větu „Zůstávám s manželem, protože jsem si ho vzala“.

Vzhledem k tomu, že jsem vdaná 36 let, nebo kolik, tak z toho vyplývá, že tu instituci za zbytečnou nepovažuji (Paní B., 3-4).

„V dobrém i ve zlém“... (Paní B., 16).

Pan D. chápe manželství jako něco *samozřejmého, normálního a správného* (Pan D., 285-287). Podobné postoje k manželství se objevují i u paní B.:

Já jsem vůbec neuvažovala, že bych z toho vztahu měla odejít (Paní B., 1011)

Druhým pólem, který doplňuje prožívání manželství jako pozitivní a morální hodnoty, je negativní **postoj k rozvodu**. Ve dvou případech explicitně zaznělo, že rozvod je považován za něco, co není správné nebo dobré.

Takže jedna z věcí, která když jste říkala, co nás drží, tak jako jsme věděli, že se nesmíme rozvést, že to prostě jako nejde, že jako jakkoliv se celý svět bude chovat jinak, takže jako ty dopady, který tím způsobuje člověk především těm dětem, jsou tak zlé, že to člověk nesmí (Paní C., 1003-1006).

Tak nás pak vždycky hrozně zasáhne, když se nakonec dozvíme, že se rozešli. To pak pociťujeme jako velice negativně, něco jako... jako se pociťuje lež nebo zrada - ne že jim by sem něco vyčítal, ale, ale prostě, že je něco špatně (Pan F. 22-25).

S manželstvím je spojené vědomí **zodpovědnosti vůči partnerovi**. V mnoha rozhovorech zaznívalo, že není správné opustit partnera, který je na tom zdravotně špatně, který se o sebe nepostarává nebo který je na partnerovi závislý. Takové jednání by vyvolalo výčitky svědomí a pocity viny.

Že bych v životě neopustila člověka, kterej... bych měla pocit, nebo pořád mám pocit, že je na mě závislej. Jenom na úkor toho, abych já se měla líp, nebo abych se zbavila problémů, ne (Paní B., 1120-1122).

Já to беру, tak nějak jako už nějakou morální povinnost, prostě že jo, když se člověk nerozvedl do té doby, já nevím, těch 30 let, než se to stalo, že jo, no tak dneska už jako to, za prvé, po takový dlouhý době, i kdyby byla zdravá, se rozvádět už nemá smysl (Pan D., 462-465).

Říkám pomáhat těm lidem, prostě sami to prostě fakt nezvládnou, a ten rodinný příslušník je prostě nejdůležitější (Paní G., 169-170).

Ne, tak já musím zůstat, protože on není schopnej ničeho, že jo, já musím všechno dělat za něj, říkám, musím vyplňovat všechno, musím platit složenky, a tohleto, to on není schopnej, (Paní H., 665-667).

Přece nemůžete nechat člověka, kterej je takovej nemohoucí, že jo (Paní H., 725-726).

I kdybych chtěl, tak prostě z morálního hlediska, prostě, to nejde. To bych prostě jako v sobě nepřežil, protože to člověk i v sobě cejtí nějakou tu zodpovědnost se o ní jako postarat (Pan D., 466-468).

Jako že člověk kdyby prostě kdyby odešel z toho manželství, tak by pak by si to musel do smrti vyčítat, že prostě člověk jako někoho opustil, kterej je na něm závislej (Pan D., 628-631)

Partneři osob po poranění mozku čelí značné psychické i fyzické zátěži. Několika týdenní či několika měsíční hospitalizace partnera, péče o něj v nemocnici a pak i v domácím prostředí, a další náročné úkoly, to vše je spojeno se značnou mírou stresu a úzkosti. Můžeme se ptát, co jim to pomáhalo zvládnout. Odpovědi mnoha respondentů se podobají určitému **morálnímu imperativu**, který vyplývá z vědomí zodpovědnosti, povinnosti nebo nutnosti.

No, já bych řekla, že se to musí zvládnout. Tam nebyla volba (Paní C., 1048).

Ale není to o tom, že by člověk nějak jako chtěl nebo nechtěl (Paní C., 1067).

Prostě je to, je to, tak mi ni jinýho nezbejvá (Pan D., 483).

V podstatě to, že jiná možnost není, prostě, jako tam není o čem přemýšlet, prostě, taková je situace, takhle to musí bejt, tak to tak je, no (Pan D., 488-489).

Pokud je však morální motivace tím jediným, co drží vztah pohromadě, může se takový vztah stát bezvýchoďnou *pastí*. Takové manželství je pak udržováno z nutnosti, obzvláště pokud je současně rozvod považován za něco špatného. To ovšem neznamená, že by takový vztah byl méně stabilní, než vztahy motivované primárně emocionálními aspekty.

Neříkám, že bych se rozvedl, ale v podstatě dneska už je to z nutnosti, dneska už to nejde, prostě, jo, to prostě nejde se rozvést, v tomhle tom stavu, to jako bych nedokázal (Pan D., 319-321).

... to je pro mě prostě hrozná představa, protože... nějakým způsobem toho člověka opustit mi přijde hrozný, ale... Žít s tím, to je taky hrozný (Pan F., 831-832).

Když ho nechám, tak že on to nevydrží a že se prostě upije, prostě, že skončí. Takže, takže jako i když nechci, a není nesvéprávněj, já za něj vlastně jako nejsem ani zodpovědná, tak stejně za něj vlastně zodpovědná vlastně jsem, protože, když já odejdu, tak on stejně to tady ukončí. Takže to jste v pasti, prostě (Paní G., 530-533).

Pokud není jiná možnost, než setrvat s partnerem v manželství, „dokud nás smrt nerozdělí“, může se objevit pocit, že úlevou, kdyby partner zemřel, jak to uvedl jeden z respondentů:

A já kolikrát si říkám, no kdyby to nepřežila, co by mně dneska scházelo, když to vezmu - scházelo, samozřejmě, jo. Je to takový, ale já si říkám: „no neblbni“, ale byl bych na tom líp (Pan D., 694-696)

Poměr morální a sociální motivace

Není nezajímavé podívat se i na vzájemný poměr dvou výše zmíněných zdrojů motivace.

Například u Paní C. i Pana D. je shodně odhodlání zůstat ve vztahu označeno na vizuálně analogové škále hodnotou 100%. U Paní C. hraje dominantní roli v motivaci „láska“. Láska je asociací ke slovu manželství a odpovědí na otázku, co je s manželem drží pohromadě. Naopak u pana D. zaznívá v průběhu rozhovoru slovo láska jen 1x, a to když říká, že ve vztahu už láska není. Pan D. uvádí jako hlavní zdroj motivace „zodpovědnost“, manželství je udržované z nutnosti, i když je celkově hodnotí manželský vztah pozitivně. Slovo „morální“ zaznívá v průběhu rozhovoru s Panem D celkem 4x, u paní C. toto slovo vůbec nezaznělo.

Dneska už to v tom manželství není láska, ale to prostě už nějaká, nějaký vztah vybudovanej, za x let, ale, člověk už má jako zodpovědnost (Pan D. 638-639).

Otázkou je, zda samotná morální motivace by stačila pro udržení manželského vztahu. I když pan D. nehovoří o lásce, vyjadřuje určitým způsobem i sociální motivaci:

No, že to není jednoduchý, a člověk musí mít k tomu druhýmu nějaký vztah, prostě, kterej za ty léta si vybudoval, nebo za ty léta, jo, bez toho by to vlastně nešlo, no (Pan D., 690-691)

Mohou být ale emocionální aspekty vztahu dostatečně silným zdrojem motivace pro udržení manželství? Paní C., která nejvíce akcentovala lásku jako motivační zdroj, hovoří zároveň i o pozitivní hodnotě manželství jako takového, a o negativním hodnocení rozvodu, který považuje za špatný. Také u paní A. převažují v motivaci pro setrvání v manželství emocionální aspekty, vyjadřované obvykle spojením „mám ho ráda“. Morální motivace však nijak výrazně nevystupují. Rozvod není spojen s negativním hodnotícím soudem, ale je reálnou alternativou. U Paní A. je odhodlání zůstat ve vztahu ale vyjádřeno na škále hodnotou 50. Motivaci pro setrvání v manželství však nelze zjednodušit na dva zdroje, hrají zde roli mnohé další aspekty a faktory.

Děti

Ve výzkumném souboru této práce byly 2 respondenti bezdětní. V jednom případě byly v manželství nezletilé děti, v ostatních manželstvích byly děti již dospělé, většinou i samostatné. V rozhovorech s respondenty, v jejichž manželstvích byly děti již dospělé, zaznívaly děti jak motiv pro manželství (respektive pro odmítnutí rozvodu) jen v jednom případě.

A jestliže mám dvě děti, tak mám povinnost prostě, jako jim nekomplikovat život tím, že se rozvedu s jejich otcem jenom proto, že třeba kouří, nebo má jiné politické názory, nebo že prostě třeba se mi zdá, že někde je nějaký mužskej, se kterým si budu rozumět víc (Paní C., 1007-1010).

V jednom případě zaznívala motivace **mít děti** jako zdroj pro vstup do manželství. Děti pak byly i vnímány jako to, co drží manželství pohromadě, i když šlo o značně problematický vztah, ve kterém rozvod byl zvažován i v době před poraněním:

Já jsem se vdávala kvůli tomu, že jsem chtěla děti. A vlastně, jelikož právě manžel byl takovej spolehlivej, a takový ty jistoty obnášel, tak proto jsem si ho vlastně vzala. (Paní G., 549-551).

Určitě bych řekla, že ty děti, který spolu máme, protože nemít asi ty děti, tak se asi takhle nesnažím (Paní G., 674-675).

V tomtéž vztahu však děti mohou hrát i roli v motivaci k rozvodu. Pro děti může být náročnější zvládat psychické následky poranění mozku u svého otce. Motivací k rozvodu tak může být snaha ochránit děti před nadměrným stresem:

Ty nálady tam jsou hrozně výkyvový, teda, to je strašně potom těžký i jako pro ty děti, toho tátu, že jo, když je ráno milej a večer křičí, tak se v tom orientovat, takže dcera, ta ho odepsala, tý je 15, takže ta říká, že ho nesnáší. Myslím, že mě jednou donutí k tomu, abych se rozvedla, a syn prostě vykládá, kde vidí kdejakýho chlapa, kterej se na mě usměje, a říká: „mami, on se na tebe usmál, mami, ten by se nám hodil, vid“ (Paní G., 207-212).

Bezdětná manželství reprezentovali ve výzkumném souboru 2 respondenti. V obou případech poranění mozku ovlivnilo rozhodnutí mít děti – oba respondenti se rozhodli, že děti mít se svým partnerem nechtějí.

Když to bylo nějak na začátku, kdy jsme třeba i chtěli, ale teď po tý nehodě, já s ním prostě mít děti nebudu, jo... (Paní A., ř. 47-48).

Nemůžeme. A ani... bych si to nerisknul. Ne, že bych ho neužil, ale nerisknul bych to teďka tohle. Ne že by byla jako nějak nesvéprávná, blbá, nebo tohle, ale...má změny nálad. Obrovský změny nálady (Pan E., 115-117).

V těchto dvou případech má ale rozhodnutí nemít děti odlišný dopad. Pro paní A. je dítě dominantním tématem její současné partnerské krize. Během rozhovoru slovo dítě nebo děti zaznívá celkem 33x. Pan E. v průběhu rozhovoru nijak nenaznačuje, že by bezdětnost hrála jakoukoliv roli v otázce setrvání ve vztahu, slovo „dítě“ nebo „děti“ z jeho úst v průběhu rozhovoru vůbec nezaznívá.

Ale stejně si myslím, že se kvůli tomu dítěti někdy rozvedeme, nebo že prostě nebudeme spolu (Paní A., 336-337).

Zajištění rodiny

Explicitně o materiálním zabezpečení jakožto o zdroji motivace hovořila jen paní H. Manželství pro ni znamená jistotu. Na manželovi vždy oceňovala, že dokázal zabezpečit rodinu a postarat se o ní, to od něj očekávala i při vstupu do manželství.

On se snažil, prostě, aby ty zdroje, jak se teď říká, pro nás naschránil (Paní H., 320-321).

Vy se budete divit, ale i když ze začátku nic není, a tak jsem si říkala, že třeba... nás nějakým způsobem zajistí, no, to se stalo. Ty zdroje, jak se teďkon říká, skutečně. (Paní H., 387-389).

Já jsem mu nesmírně vděčná, že pro tu holku, když jí chtěl, tak že pro ní prostě - jo, on by pro ni udělal maximum, (Paní H., 499-450).

Implicitně obava z neschopnosti zajistit rodinu má dopad na manželský vztah i u paní A. Rozhodnutí otázky setrvání v manželství v jejím případě je úzce spojeno s tématem mít nebo nemít s partnerem děti. Klientka má obavy, že partner nebude schopen vzhledem k invalidnímu důchodu postarat se o dítě a finančně ho zajistit.

A i z toho důvodu prostě nechci s ním mít dítě, protože vím, že on už nikdy nebude mít normální práci, kde by si vydělal... (Paní A., 272-273).

Prostě není tam ta dlouhodobá jistota, že až mu vezmou ten důchod, tak se o tu rodinu postará, a to jako ne jenom o to dítě, ale v budoucnu i sám o sebe jako (Paní A., 334-336).

Praktické důvody jako motiv pro uzavření manželství

Dalším zdrojem motivace jsou praktické důvody. Manželství znamená usnadnění některých úředních úkonů, například jednodušší vyřizování záležitostí za partnera, nebo finanční benefity, které mají sezdané páry oproti nesezdaným. Praktické důvody hrají roli jako motivace pro manželství, chápaného jako úřední akt, nikoliv jako vztah. Tento zdroj motivace pro *manželství* zazněl jen u pana E., u kterého je ale zároveň i hlavní motivací pro setrvání ve *vztahu* „vzájemná láska“

zjistil jsem, že žít na hromádku, je složitější, než je, v těch těch, nevím, kde začít, opravdu, od nájemného, přes vlastnictví, po úředníčinu...je to jednodušší. Ve všem, všechno je levnější, člověk dostane víc výhod (Pan E., 91-94)

2. výzkumná otázka: Jaké faktory souvisejí s motivací pro setrvání v manželství?

Naděje

Všichni respondenti uváděli zkušenost, že lékaři v prvních dnech či týdnech hospitalizace sdělovali velmi negativní prognózy zdravotního stavu jejich partnera. Ve výzkumném vzorku respondenti popisovali, že se setkávali s prognózou od 5% do 50% šance na přežití. V prvních dnech hospitalizace se v podstatě se *bojuje o život* (Paní B., 205). V jednom případě byla i prognóza *vegetativního stavu* (Paní B., 115).

V každém rozhovoru zároveň ale z vyprávění zaznívalo velké odhodlání pacientů stav zvládnout, překonat. Všichni respondenti měli naději, že se stav i přes negativní prognózulepší. Domnívám se, že naděje hrála významnou roli nejen ve zvládání situace poranění mozku jako takové, ale i v motivaci pro setrvání v manželství, neboť partneři museli mít naději, že se stav opětlepší a že vztah bude jako dřív.

Paní B. přímo uvádí, že celá situace nešla zvládnout bez *takovýho toho vědomí, že to prokristapána nemůže takhle skončit, v žádným případě* (Paní B., 1082-1083).

Vzhledem k tomu, že tam ty pokroky jsou hodně velký, motivace je tam jednoznačná, tak teď bude záležet vlastně, jako myslím, že ještě spolu na ten vejlet nějaký pojedeme, a na tu procházku rozhodně budem moct chodit (Paní C., 714-716).

No já jsem si pořád říkala, ježíšmarja, on se musí zvednout - a to mě možná drželo - on se musí zvednout (Paní H., 364-365).

Bez takový, bezstarostnosti, kdybych si to moc brala, tak bych to asi vůbec ne to. Já jsem si furt říkala, že to bude dobrý. Jo, takovej optimismus, jo, toho jsem se pořád držela. (Paní H., 612-614)

Tento nadějný postoj byl ve dvou případech vyjadřován i jako určité osobnostní nastavení daného člověka, jako tvrdohlavost či odhodlání:

Věděl jsem, že člověk může udělat, co chce, a když si za tím tvrdě jde, tak to prostě dosáhne. (Pan E., 220-221).

No a já jsem vlastně pořád člověk jako se nechce s určitejma věcmama smířit, takže jsem tomu vlastně jakoby nechtěla věřit, nevěřila jsem tomu, takže fakt jako jsem potila krev, aby jsme prostě si prošli tou bazální stimulací, (Paní G., 114-116).

Takový to moje myšlení, jakože se nikdy ničeho nevzdám, prostě takový, takový prostě nějaký můj vnitřní, takový to vnitřní chtění, prostě, že... že to prostě furt jdu za tím, za něčím, co jako mám vysněnýho, jako bejt teda ta spokojená, prostě máma s dvěma dětma, a... tak nějak trochu snad obklopená tou láskou toho partnera, jako, jo. (Paní G., 686-690).

V jednom rozhovoru byla naděje na zlepšení fyzického stavu spojena s nadějí na zlepšení manželského vztahu, který byl v době před poraněním téměř nefunkční a byl zvažován rozvod.

Tak jsem to nějak brala jako... někdy jako znovu, jakoby znovu nastartování jakoby vztahu, snaha prostě mu pomoc, aby prostě neumřel, že když jsem viděla člověka, kterej prostě umírá, tak jsem ho brala znovu jako šanci ten vztah znovu jako zachránit, takže já jsem to vlastně dělala proto, aby jako za první neumřel a za druhý jsem to viděla jakože, že by to manželství právě mohlo jako z toho bejt vypracovaný pěkný (Paní G., 129-132)

Vize budoucnosti vztahu

V rámci rozhovorů jsem pokládala otázku, jak „*vidíte svůj život za pět let*“ a „*jak vidíte své manželství za 5 let*“. Opět zde můžeme pozorovat rozdíly mezi respondenty, kteří

uváděli odhodlání zůstat ve vztahu na škále maximální hodnotou, a kteří uváděli na této škále hodnoty nižší.

Pět respondentů uvádělo na škále odhodlání ve vztahu hodnotou 100%. Představa budoucnosti je u nich spojena s představou trvání vztahu, ať už jasně vyjádřenou, nebo implicitně předpokládanou. Budoucí možnosti se týkají jiných eventualit, které mohou či nemusí nastat, například očekávání vnoučat, důchod, změna zaměstnání apod.

U pana D., nejstarší osoby ve zkoumaném vzorku, se nejistota v budoucnosti spojena nikoliv s obavami o vztah, ale s existencí jako takovou:

Takže já jako dneska já nepřemejšším, prostě jestli ona umře dřív, nebo já dřív, akorát vím, že pokud umřu já dřív, tak na tom bude špatně, jo, ale jako co bude za 5 let, já o tom radši ani neuvažuju (Pan D., 544-547).

Paní A. a Paní G. vyjádřily na vizuálně analogové škále odhodlání setrvat ve vztahu hodnotou 50. Pro obě je představa budoucnosti spojena s nejistotou trvání vztahu. Paní G. odpovídá na otázku, jak vidí své manželství za 5 let: *Bud' vydrží, anebo se rozpadne*. (Paní G., 724). Pro paní A. je otázka setrvání v manželství provázána s otázkou, zda budou mít s partnerem dítě:

Bud' budu s manželem, budeme mít nějaký teda dítě, nevím jestli adoptovaný, nebo naše, to já nevím, protože dřív byla doba, kdy jsme se o to pokoušeli, ale nějak to nešlo... a.... na to umělý oplodnění já jsem jít nechtěla... nebo budeme rozvedení, a budeme mít každě někoho, s kým by nám bylo dobře, no a nebo budu sama, no. Nebo budu sama, a on bude mít to vytoužené dítě... (Paní A., 474-478).

Obraz partnera

V rámci rozhovorů můžeme pozorovat určité odlišnosti v tom, *jak* respondenti hovoří o svém partnerovi. Domnívám se, že to, jaký mají vytvořen obraz o svém partnerovi, souvisí s motivací. Zde si dovoluji vyslovit názor, že obraz partnera je ovšem spíše symptomem kvality vztahu, či motivačního nastavení, než přímo faktorem, který ovlivňuje motivaci.

Zajímavé je všimnout si už toho, jak respondenti **oslovují** svého partnera. Vedle neutrálních označení jménem či slovem manžel/ka, muž/žena, se můžeme setkat i s citově zabarvenými označeními. U paní B. dvakrát zaznívá familiární označení manžela „tatínek“. Naopak u paní G. se můžeme setkat s nepřiliš lichotivými označení manžela: *blázen, jako s dementním dědkem, nebo jako s dítětem*.

Ve dvou rozhovorech si můžeme všimnout určité „objektivizace“ partnera. O partnerovi se hovoří neosobně jako o příslušníku skupiny „ty lidi po poranění mozku“, přičemž následuje vysvětlení negativních následků poranění mozku. Například u paní G. se obrat „ty lidi“ objevuje 9x.

Tyhlety lidi, který maj nějaký takovýhle poškození, začnou bejt zlý (Pan D., 213 - 214).

Mu stále do toho drtím, ať je používá, že si posílí svaly, že ty lidi prostě jsou takový líný, už na sobě jako prostě pracovat (Paní G., 274-275).

Můžeme si i všimnout rozdílů v tom, **jak partner charakterizován**: zda je popisován *převážně pozitivně, převážně negativně, ambivalentně* nebo *neutrálně*.

Například Paní C. popisuje především pozitivní vlastnosti partnera (*byla s ním zábava, umí řešit krizový situace, nikdy nehledal vinu, statečnost, snaha, oddanost, chytřej, měl mě rád*), negativní vlastnosti jen okrajově (*My jsme se vždycky hádali kvůli úplnejm nesmyslům*). Jako negativní na něm zmiňuje je jen to, že je partner pomalejší.

Podobně, když paní B. hovoří o svém partnerovi, převažují pozitivní vlastnosti a hodnocení (*tolerantní, hodný...*). Negativní vlastnost byla zmíněna jen jednou (*fňuká*).

Paní H. zmiňuje na partnerovi jak pozitivní, tak negativní vlastnosti: *cholerický výlevy, hodnej byl, velice pro rodinu*. Převažuje však celkově pozitivní hodnocení partnera. Paní G. v minulém i současném vztahu zmiňuje ambivalentně pozitivní i negativní vlastnosti, ovšem ty negativní převažují.

Pan D. hovoří o manželce spíše neutrálně. Pokud jí popisuje, týká se to spíše následků poranění. Zmiňuje zároveň jak negativní, tak pozitivní aspekty. Pokud pan D. hovoří o tom, čeho si na manželce cení, je to vzápětí doplněno i těmi negativními charakteristikami:

Člověk jí musí obdivovat, že prostě to že se snaží jako. No a pak to na ní přijde, a prostě sedí jenom, a...bloumá prostě po stropě...a neudělá nic (Pan D., 242-244).

V rozhovoru s paní A. převažovaly při popisu manžela jasně negativní vlastnosti nad pozitivními. Paní A. jmenovala přibližně 12 negativních vlastností. Pozitivně byla hodnocena pouze snaha, aktivita partnera.

Určitou roli může hrát i to, zda partneři vnímají, že se následkem poranění mozku partner změnil, zda ty vlastnosti, kterých si vážili, jsou zachovány.

Například Paní B. jmenuje mnoho vlastností partnera, kterých si váží, ty jsou i po poranění zachovány. Podobně i Paní H. oceňovala dříve na manželovi houževnatost, to, že hodně dělal pro rodinu. Stejně vlastnosti na něm vidí a oceňuje i nyní, po poranění. Naopak pokud paní A. popisuje partnera, jde o to, jaké vlastnosti byly ovlivněny poraněním, a zároveň jde o negativní vlastnosti.

Při popisu partnera zaznívala ve všech rozhovorech výrazně jedna charakteristika: **snaha partnera**. Všichni respondenti velice oceňovali, že se jejich partner po poranění mozku snaží na sobě pracovat, je aktivní, navzdory svým limitům.

Například Paní B. jmenuje mnoho situací, které oceňuje, že partner zvládá, například řízení auta, oprava baterie, výměna žárovek, vaření atd. Manžela obdivuje za jeho snahu, dodává to naději.

Pořád zkouší, že cvičí, to, co mu nejde, neustále, a... bojuje dál (Paní B., 288).

Ale on je velice pilnej, to musím říct, on je fakt, on se snaží, je pilnej, takže, to, co, co je teď, to je jeho zásluha (Paní H., 167-168).

Tak jsem byla ráda, že se nám podařilo to jako, nějak zpracovat a vypracovat, no, takže toho jsem si na něm vážila nejvíc. To ale byly ty začátky, no (Paní G., 459-461).

Jako že tu situaci on to jako bral, myslel si, že se uzdraví, že to je jasné (Paní C., 396-397).

Ne, ona se snaží, ona třeba ráno, sundá, cejchy, povlečení, jo, a dá to do pračky, prostě, sundá sama, dokonce to i pověsí, i z pračky to pověsí na šňůry, což jako jednou rukou obdivuju, jo, vzít cejchu a jednou rukou jí pověsit na šňůru, ale potom už večer, že jo, povlíknout, to už neudělá, jo (Pan D. 187-192).

Snaha angažovat a aktivita partnera je často i odpovědí na otázku, čeho si na svém partnerovi cení:

Já bych asi řekla, že životní vůle a energie, která mu asi, asi, ho držela na životě, přestože řekli, že to vůbec asi nedopadne, tak on prostě se vybičoval (Paní C., 756-759).

to, že se snaží, prostě...je fakt, že nechodí a nevzdychá, jak je na tom špatně (Pan E., 473).

Zvládání různých aktivit je hodnoceno s obdivem, obzvláště pokud se partner sám o sebe postará. Zachování soběstačnosti je významný pozitivní faktor, který se podílí na pocitu zvládání situace.

Fakt, je soběstačnej - když jsme odjely s dcerou na dovolenou, tak tady byl i 14 dní sám (Paní H., 224-225).

Ale já jsem ráda, že se o sebe postará - to je to důležité, kdyby, jako, někomu jsem měla říct, tak to si člověk nedoví představit, co to obnáší, jo, představte si člověka, kterýho vám dají domů a on má pleny! (Paní H., 570-572).

Naopak nelibě je hodnoceno, pokud respondenti vnímají, že se partner přestal snažit, nebo se na svůj hendikep vymlouvá:

a když mu něco nejde, nebo tak, tak vždycky říká "já mám na to nárok, já jsem po úraze" a tak, a já říkám "no fajn, no ... asi to nevím" ... no..." (Paní A., ř. 156-158)

Přes ten den jako udělala víc věcí, protože, vlastně, neměla jinou možnost, prostě, a teďka jak jsem doma, tak prostě toho využívá (Pan D., 186-187).

Téměř ve všech rozhovorech zaznělo, že následkem poranění mozku došlo ve vztahu ke změně rolí. Dosavadní uspořádání vztahu a rozložení povinností a úkolů v rodině se musí změnit. Někdy může být změna velmi výrazná. Zdravý partner musí převzít nejen mnoho

povinností, které dříve náležely druhému partnerovi, ale také i péči a starost, která odpovídá ale spíše roli mateřské či ošetrovatelské. Změna rolí může mít i vliv na to, jak je vnímán partner. Například Paní B. popisuje, že po poranění se cítí spíše v roli ošetrovatelky, než manželky, cítí, že se na partnera nemůže ještě plně spolehnout. Partner je vnímán jako slabý, závislý člověk, který vyžaduje péči. Paní G. popisuje, že vztah s manželem je jako péče o další dítě.

Od toho úrazu ho pořád ještě nejsem schopná brát jako partnera, ve všech smyslech toho slova (Paní B., 701-702).

Pro mě to pořád ještě je nemocnej člověk, o kterýho se musím bát (Paní B., 414-415).

Takže spíš to byla forma jako učitelka a pacient, nebo žák (Paní G., 89-90).

Vnímání partnera ovlivňují i **fyzické změny**, které nastaly. Fyzické změny, které vyvolávají odpor, bezesporu ovlivňují vztah k partnerovi. V jednom rozhovoru bylo zmíněno, že fyzické následky vyvolávají nepříjemný pocit.

Jako nejvíc mi vadí ta jizva po tý tracheotomii tady na tom krku, protože... jako de facto to mám pořád to připomíná, a teď je to hrozný, jak on třeba mluví, a teď se mu to tady hejbe, jak to tam má... No mě je to nepříjemný, jako neudělám s tím nic“ (Paní A., 175-178).

Klepe se mu taky jeho tělo, tak to taky špatně snáším, jako on za to nemůže, jo, ale, tak jako když se na něj člověk tak kouká, tak se na něj ani nemůžu koukat, no... (Paní A., 379-381).

Hodnocení vztahu

Vedle toho, jak je vnímán partner po poranění mozku se můžeme zaměřit i na to, jak je vnímán vztah jako takový.

V rozhovorech s respondenty, kteří zároveň uváděli vysoké odhodlání setrvat ve vztahu (100 na vizuálně analogové škále), si můžeme všimnout, že o svém vztahu hoří nejen jako o něčem pozitivním, ale dokonce o něčem, co je **výjimečné a jedinečné**. Vztah je nezaměnitelnou hodnotou. Někteří porovnávají svůj vztah s tím, co vidí ve svém okolí a dochází k tomu, že jejich vztah vybočuje, není běžný, je na vyšší úrovni.

Myslím, že s nikým jiným bych asi nemohla takhle dlouho bejt (Paní B., 601-602).

Že už prostě nikdy nic takovýho nebude, a takovej druhej člověk už nebude, takový že mě vlastně zná jako od malinka, no (Paní C., 699-700).

Asi nám to hodně lidi záviděj, jo. (Pan E., 368) ...že máme vlastně naprosto vyrovnanej vztah (Pan E., 379).

Myslím si, že jsme o třídu vejš, než ostatní páry. (Pan E., 463-464).

Jak jste poznala, tak asi nejsme úplně ten nejběžnější pár... (Pan F, 372-373).

Takže protože naše manželství rozhodně průměrný není (Pan F., 512), My jsme skutečně pár (Pan F., 531).

To je tím, že jsme asi prostě kvalitní lidi, který ani takovýhle drsná věc nedokáže... poničit jejich vztah, tak (Pan F., 576-577).

Nechci být ještě sama, jo, a hlavně si člověk ještě uvědomil přesně tohle, že tak já jsem se vdávala, když mi bylo 18,5 roku, já vlastně jsem, jsem s ním celý život, celý dospělý život jsme spolu (Paní C., 688-693).

Hrozně mi samozřejmě chyběl, jo, protože jsem si uvědomila, že už *nikdy* mě nikdo nebude mít takhle rád, že už to nejde (Paní C., 691-693).

Ve dvou rozhovorech s respondenty, kteří uváděli odhodlání setrvat ve vztahu hodnotou 50%, převažuje celkově **negativní hodnocení vztahu**:

Momentálně je (pozn.: manželství) v dost špatném stavu... (Paní A., 278).

Když někde jedu, tak já, tak jako třeba sedíme vedle sebe, ale vůbec to prostě nevypadá, že jsme manželé (Paní G., 103-104).

Celkově manželství je „smutný“ (Paní G., 540).

Sledovat, co člověk říká, jak říká, kdy říká, aby nevznikly z toho nějaké hádky, musíte prostě to mít všechno furt pod kontrolou, prostě není ti nic uvolněného. Není to nic uvolněného (Paní G., 541-543).

Hodnocení kvality vztahu před poraněním

Sedm respondentů popisovalo manželský vztah před poraněním mozku pozitivně.

Následkem poranění se v jednom případě subjektivně vnímaná kvalita zhoršila, v jednom případě respondent uvedl, že se vztah naopak ještě zlepšil.

Vliv na prožívání kvality vztahu má i to, zda po poranění zůstaly zachovány ty aspekty vztahu, které byly pro danou osobu důležité:

Jako my jsme si vždycky hodně povídali, takže si jako povídáme jako dál (Paní C., 587).

Že se s ním můžu bavit pořád, o čem jsem se bavila, opravdu, věřte tomu - můžu se s ním bavit... i když mu to třeba vysvětluju, ale můžu se s ním bavit o čemkoliv - jo, to je vlastně to, co mě na něm vlastně přitahovalo, že... důležité jsou taky ty... jaký máte zájmy, společný, a že si s tím člověkem můžete popovídat (Paní H., 540-544).

Negativně hodnotí kvalitu vztahu před poraněním mozku jen paní G.:

My jsme vlastně měli skoro před rozvodem, my jsme si nerozuměli, nechtěli jsme spolu být, a... (Paní G., 128-129).

Hodnocení významu životní situace pro manželství a zdravého partnera

Partneři osob po poranění mozku čelí mnoha náročným situacím a úkolům, které musí zvládat. To ovšem neznamená, že tato událost v jejich životě automaticky hodnocena

negativně. Naopak, můžeme se setkat s různými přístupy k tomu, jak respondenti hodnotí význam poranění mozku a jeho následků pro svůj život a pro manželský vztah.

Jednoznačně negativně vnímá situaci Paní A. Poranění mozku chápe ve svém životě i vztahu jako negativní zlom, který zásadně ovlivnil jejich život. Když paní A. odpovídala na otázku, zda se něco změnilo k lepšímu, jmenuje pouze jeden aspekt situace, který ale nesouvisí přímo se vztahem – omezení kontaktů s tchýní. Pro paní A. je obtížné vybavit si pozitivní aspekty vztahu, i v nedokončených větách, problematická je otázka „na našem vztahu je nejkrásnější...“

Jinak jako vyloženě lepší asi není.... Jako jsem ráda, že to přežil, že to dopadlo dobře, ale... (Paní A., 335-336).

Hodně se toho změnilo...myslím, že spíš k horšímu, než bylo vlastně předtím, předtím úrazem“ (Paní A., 7).

No já si myslím, že je to jenom horší, no.... (Paní A., 307).

Kdyby se ta nehoda nestala, tak asi bysme měli úplně jinej život, a možná i lepší... Protože u nás se teď všechno po nehodě a před nehodou... (Paní A., ř. 18-19).

To jako předtím jako kdyby neměl ten úraz, tak jsme měli naplánovaný, že bysme to dítě měli (Paní A., 238-239).

Vnímání poranění mozku jako zlomu v životě, který je spojen s negativními změnami, zaznívá i u pana D. a pana F., u něj je ale negativní hodnocení spojeno s jinými okolnostmi, než je následek poranění:

No a... a od té doby jsme jako začínali prožívat těžký období... a ne, že bysme... neřešili těžký věci třeba předtím, ale tady na tom bylo hodně nepříjemný, že za tím bylo to, že nám to prostě někdo násilně způsobil (Pan F., 70-72).

A takovej klid, prostě, jo. No jezdili jsme na dovolenou, každý rok, hnedka když po revoluci jsme začali jezdit do Egypta, a., nám se tam strašně líbilo, protože ona je teplomilná, takže jako to bylo fantastický, no a... tím to všechno skončilo, no (Pan D., 359-361).

Negativní následky poranění zmiňuje jako primární i paní H., ta však na dotaz dokáže jmenovat i řadu pozitivních aspektů, například že má partner více času věnovat se dítěti a že přestal kouřit.

Jednoznačně pozitivně hodnotí tuto životní zkušenost Pan E.:

Někdo řekne, když se mu to pokoušíš vysvětlit, řekne: „jéžiš, ty si na tom blbě, ty si chudák“, ale proč? Nic lepšího mě nemohlo potkat. Je to taková škola života, že nic lepšího člověka nemůže potkat... (Pan E., 541-544).

Situace poranění mozku měla podle slov dvou respondentů **pozitivní vliv na kvalitu manželského vztahu**. Krizová situace a její zvládnutí vztah posílilo:

Vzájemně se podporujeme, pořád, akorát možná bych řekl, že je to zase, po těch prožitéch těžkostech, že, že ty vztahy jsou třeba ještě o něco kvalitnější (Pan F., 396-397).

To byla další těžká věc v životě, která nás potkala, která nás velmi zatížila, ale jak se říká, co tě nezničí, tě posílí, tak asi i, řekl bych, že i ten náš vztah to zase prostě posílilo (Pan F., 587-588).

Za ty tři roky, ty nejtěžší tři roky, co byly, to se tam ta vazba určitá vytvořila silná, tak asi to tam je, občas se mi to vrací jako film, ty stavy těžký, a to mě asi tak k němu poutá (Paní G., 741-743).

I přes náročnost situace dokázalo několik respondentů vnímat i pozitivní aspekty této situace. Respondenti zmiňovali, že následkem krizové zátěžové situace došlo ke **změně hodnot**, k uvědomění si vzácnosti života a každé chvíle, strávené s partnerem. Například paní B. si ze situace odnesla pocit vděčnosti a pocit hodnoty a křehkosti života, a ponaučení neodkládat to, na co se člověk těší, protože není jisté, zda k tomu bude ještě příležitost. Pan E. hodnotí, že po poranění je manželství dokonce lepší, protože si mnohem více váží každé chvíle

Uvědomuju si každý chvíle, kterou chceš s tím člověkem prožít, prožiješ, když chceš. Jo, uvědomit si to, že máš tu chvíli (Pan E., 531-532).

Všechno je asi lepší, jo protože člověk si to nevychutnával, ty chvílky, že jo... (Pan E., 413-414).

Takže samozřejmě člověku je jasná, že se mu zvědomí ty hodnoty. Hodnoty toho, co je jako důležitý (Paní C., 434-435).

Změna hodnot se může ovlivnit rozhodnutí k rozvodu. Paní G. zvažovala v době před poraněním rozvod, neboť vztah nefungoval a objevovaly se nevěry. Poranění vedlo k přehodnocení tohoto rozhodnutí, záchrana života a pomoc partnerovi se stala prioritou a dosavadní problémy ve vztahu ustoupily dočasně do pozadí:

To pak nějak nad tím úplně mávnete rukou, vlastně když tam toho člověka vidíte, v tom stavu, jakým je, tak si řeknete: „ježíš, to je jedno, nějaký, nějaký milenky, prostě, to je úplně prostě nesmysl, jít proti tomu životu“ (Paní G., 179-181).

Zaměříte jenom na to, ani ne jenom na to, jaký ten vztah byl, nebo nebyl, ale prostě jenom na to, aby žil, no, prostě, jenom ta jedna věc, aby žil, no. (Paní G., 183-185).

Dalším pozitivním aspektem, který respondenti zmiňovali, je **potvrzení vlastní hodnoty** jak pro sebe tak v očích partnera či okolí.

Tahle událost měla i pro mě osobně, jako nemyslím jako párově, ale pro mě osobně úžasnou... úžasný ponaučení v tom, čeho jsem schopná já, jo... (Paní B., 607-609).

Zcela vypočítavě a alibisticky si myslím, že konečně pochopil, že i já mám pro něj nějakou cenu... (Paní B., 821-822).

Ale myslím, že konečně ocenil *moje* kvality... (Paní B., 827-828).

Vlastně tím, že jsem mu jako zachránila život, tak, v mejch očích ta moje hodnota mi stoupla, jako, takže i mi říkali právě, lidi, že, že to co mě potkalo, tak vlastně, mě vylepšilo, ale ne v tom směru, že bych neměla nějaký žebříček hodnot, jako blbě, že bych ho měla špatně srovnanej, ale tím, že jsem se stala právě naopak já strašně samostatná (Paní G., 484-488).

Zachránila jsem lidskej život, dobře, to jsem chtěla (Paní G., 140).

Hodnocení následků poranění mozku

Velká část všech rozhovorů byla věnována líčení příčin, průběhu léčby a následků poranění mozku, respondenti o situaci hovořili spontánně a často i velice podrobně. Domnívám se proto, že tento aspekt souvisí nejen s otázkou zvládnutí situace, ale v důsledku má dopad i na odhodlání setrvat ve vztahu. Následky poranění mozku můžeme rozlišit být fyzické, psychické a sociální, kognitivní.

Ve výzkumném souboru 7 respondentů uvádělo, že jejich partner je nyní soběstačný a samostatný, v jednom případě bylo fyzické omezení dáno ochrnutím ruky a částečným ochrnutím nohy. I přes to se většina partnerů po poranění mozku musela vzdát některých náročnějších fyzických aktivit, například sport. V šesti případech dosáhli partneři po poranění mozku plného invalidního důchodu. Fyzická omezení jsou spíše popisována neutrálně, jako fakt. V rozhovorech ale zaznívaly určité obavy spojené s hypotetickou možností horšího fyzického stavu. V rámci rehabilitace si téměř všichni respondenti prošli obdobím, kdy byl jejich partner určitou dobu imobilní, byl na vozíčku či se pohyboval s chodítkem. Představa, že by partner zůstal imobilní, je spojena s obavami ohledně zvládnutí situaci.

ale teď s postupem času si říkám,, že kdyby byl opravdu na tom, vozejkou, tak že jako nevím, no... to jako není nic proti němu, ale proč si ten život tímhle zase ztěžovat, no...(Paní A., 665-666).

Asi by se to hůř zvládalo, kdyby ten manžel na tom byl fyzicky hůř... to by bylo asi daleko složitější, kdyby byl nějaký ležák, tak to nevím, jak bych ustála (Paní G., 705-707).

Následkem poranění se mohou objevit i **kognitivní změny**. Dvě osoby ve zkoumaném souboru vnímají u svého partnera jako obtěžující především *poruchy paměti*.

Fyzická omezení a péče, která z toho vyplývá, může být vnímána jako vyčerpávající, **psychické změny** jsou hodnoceny jako větší zdroj zátěže.

Představa závažných psychických následků vyvolává obavy ze zvládnutí situace:

Kdyby opravdu ten mozek byl poškozenější, ten mozek nějak trvale, to si vůbec nedovedu představit, a je mi jasný, že by to bylo velmi těžký (Pan F., 824-826)

Velkou změnu osobnosti a povahy svého partnera po poranění mozku jmenuje paní G. a paní A. Paní H. rovněž uvádí, že následkem poranění byly velké psychické změny, ty ale postupně během let vymizely.

Povahově je úplně jinej, než když jsem ho poznala... je agresivnější, hned prostě vylítne (Paní A., 163-164).

No úplně se změnil, změnil, to byste musela poznat, vy to neznáte, protože (*nesrozumitelné*), ale ty lidi se prostě se strašně změní, psychicky, nejenom fyzicky, že jo, on už na tom tak není, jo, ale psychicky se strašně změní (Paní H., 125-127).

Úplně jinej člověk, dřív to byl, dřív to byl chlap, kterej prostě měl pod sebou 20 lidí, takže vysoká funkce, neustále v práci, ty záliby, v tom lítání, a najednou je to člověk na vozečku... (Paní G., 73-75).

Různých psychických následků či změn si po poranění mozku všímá 5 respondentů. Jako následek poranění jmenují například: větší agresivita, nerozhodnost, menší sebevědomí, *větší uzavřenost, samotářství, lenost, pasivita, precitlivělost, slovíčkaření, rigidita, dětinskost, lítostivost, zloba*. Tři respondenti jmenují jako jeden z psychických následků časté *výkyvy nálad*:

Když to na ní přijde, tak prostě začne nadávat, prostě, jo, ale protože nemůže, tak začne to, a... prostě našťvanost, na celej svět, na všechny, prostě, na mě, a na celej svět, prostě, nejenom na mě, jo (Pan D., 218-220).

Je hodně, hodně, taková... no. Náladová, no. Prostě ta náladovost, to tam prostě někdy je. A na všechny kolem je mílius a někdy je na všechny kolem hrozně zlá. Úplně bezdůvodně (Pan E., 288-290).

V jednom případě byly uváděny i potíže v sociálním chování, které jsou hodnoceny jako velký problém. Paní G. popisuje, že manžel je „*neomalený*“, chová se nevhodně chová na veřejnosti a ve společnosti druhých. Tyto projevy v chování vedou k nechuti s manželem chodit na veřejnost a k distancování se od partnera na veřejnosti.

Když někam jedem, tak já, tak jako třeba sedíme vedle sebe, ale vůbec to prostě nevypadá, že jsme manželé, protože já vlastně už ani nechci na něj reagovat, na ty jeho, názory (Paní G., 103-105)

Pokud nenastaly psychické změny, je to vnímáno jako velké pozitivum. U dvou respondentů to vede k závěru, že vlastně nevědí, co to znamená „poranění mozku“, protože nevidí žádné následky (paní C.), popřípadě jako zdroj zátěže jsou vnímány jiné důsledky aspekty situace, než vlastní poranění mozku (Pan F.)

Paní C. odpovídá na otázku, jak by popsala, jaký je život s partnerem po poranění mozku: *No já myslím, že mám štěstí, protože to vlastně nevím.* (Paní C. 952)

Já nevím, na co by to poranění mozku mělo, mělo mít vliv. Nevím, nevím, takže já nevím, s čím to dát do souvislosti (Pan F., 623-624).

I když jsou psychické změny v porovnání s fyzickými dominantním následkem poranění, prožívání jejich závažnosti není dáno jen „objektivní“ mírou následků, ale záleží na tom, **jak jsou celkově hodnoceny**.

Pro paní G. jsou psychické změny zdrojem zátěže, protože musí stále uvažovat, jak má mluvit, aby měla „*tu odezvu jakž takž příjemnou*“ (Paní G., 395-396). Naopak pan E. popisuje, že u manželky se objevují změny nálad, chování manželky ale považuje za něco normálního, bere to jako *normální projevy klasický ženský* (Pan E., 234-235).

Zcela normální, klasická dnešní moderní ženská, to je... to jsou takové drobnosti...to jsou relace, který chápou jenom chlapi, protože si toho všímaj (Pan E., 239-240).

V některých případech byly případné následky nebo změny přisuzovány nejen poranění, ale přirozeným procesům stárnutí:

Doba běží, nedokážu, nedokážu říct, ale v takovech těchle těch věcech jako toho partnerského spolužití, jestli je to víc havárií, nebo tím, jak stárneme, tak nám přibýly starosti, to se opravdu velmi těžko posuzuje (Pan F., 350-353).

Jenže zase je v tom to stárí, rozumíte, to ono je... zase těch 10 let na tom muži je vidět, že jo, tak když se mu to stalo, v 57, teď mu je 65 (Paní H., 453-454).

V některých rozhovorech bylo nápadně vidět, že když respondenti hovořili o omezeních svého partnera po poranění mozku, zároveň dodávali o to, jak sami ovlivňují svým chováním situaci. Domnívám se proto, že prožívání vztahu po poranění mozku může být ovlivněno tím, zda respondenti vnímají příčinu zátěže mimo sebe, respektive ve svém partnerovi, či zda si uvědomují svůj vliv na zvládání situace. Můžeme hovořit i o určité schopnosti **sebereflexe**.

Nejvýrazněji tato schopnost sebereflexe je vidět u paní B. a paní C.:

Já mám možná obavy, abych na něj nebyla moc náročná (Paní B., 408-409).

Problém je ve mě, jo, já se budu muset naučit, že... žít s těma jeho možnostma, který on má (Paní B., 863-864).

Takže, já bych řekla, že, že když se budu ovládat, a nebudu ho stále napomínat, což po mě nikdo nechce, a ani to není potřeba, tak, jako že je to příjemný (Paní C., 834-835).

No, jak říkám najednou se mi to vrátilo, já jsem byla, tak že jo, ne opravdu, já jsem na něj všechno házela, všechno dělal, a teď se to obrátilo, teď to vidím, co to bylo za hrůzu, že jo. On všechno řešil za nás. (Paní H., 212-514).

Existence alternativních možností

Pro několik respondentů je setrvání ve vztahu naprosto samozřejmou věcí, jiná možnost, než situaci zvládnout a zůstat s partnerem, pro ně neexistuje (viz kategorie morální motivace).

Pro Paní B. je rozvod nepředstavitelný: „*v životě by mě to nenapadlo*“ (Paní B., 1119). Paní C. říká, že o rozvodu nikdy *úplně vážně neuvažovala* (1114), pan F. a pan E. o rozvodu neuvažovali nikdy. Pro pana D. je rozvod *nereálný*,

Ve výzkumném souboru uvažovaly o rozvodu dvě osoby. Samotné rozhodnutí opustit partnera je ale doprovázeno i tím, že existují i další alternativy – je možný život s někým jiným, nebo je možné samostatně žít bez manžela.

Ale já jsem se teď shodou okolností seznámila s chlapíkem, kterýho znám myslím od září, a je zajímavý, že s tím bych si třeba to dítě představit dovedla (Paní A., 230-231).

Já si taky občas s někým píšu, a ten můj kamarád, ten třeba toho o mě ví podstatně víc, než můj manžel (Paní A., 458-459).

Já jsem se strašně zamilovala před rokem, a to byl nejhorší propad, protože najednou vidíte toho zdravýho chlapa, akčního, do kterýho se zamilujete, a pak se vrátíte domů a máte tam vlastně nemocnýho člověka, a to bylo tak strašný, že jsem to musela po dvou měsících ukončit, protože to bylo k zešílení, prostě (Paní G., 338-342).

Rozvod se stává reálnou alternativou, pokud je možnost uživit sebe a děti i bez partnera. Jestliže ale není tato alternativa z praktického hlediska možná, může to být důvodem, proč v manželství setrvat, i když se jedná o problematický vztah – zkrátka není jiná možnost.

Vlastně i po stránce materiální, si vůbec nedovedu představit, jak bych žila po rozvodu, jak jako kde bych jako bydlela, když si vezmete, že byste musela rozdělit byt, tak jako, i po týchle stránce, kam jako se jako nasoukám s dětma, kam, kam jako nasoukám manžela, a jako jak vyjdeme, takže i po té stránce materiální (Paní G., 746-750).

Míra naplnění potřeb ve vztahu

V rozhovoru jsem respondentům pokládala otázku, *jaké tři věci jsou pro ně v životě nejdůležitější a co je pro ně ve vztahu důležité*. Domnívám se, že z hlediska motivace pro setrvání ve vztahu je zajímavé porovnat to, co lidé ve vztahu potřebují a zda jsou tyto potřeby v rámci vztahu saturovány.

Pro paní B. je důležitou hodnotou ve vztahu tolerance a pochopení. Když hovoří o svém muži, nejčastěji zmiňovanou vlastností je právě tolerance. Podobně Paní C. zmiňuje jako důležitou komponentu vztahu lásku (jedna ze tří nejdůležitějších věcí ve vztahu), zároveň si váží toho, že já má manžel *hodně rád*. Láska je to, co je drží s partnerem pohromadě. Pan E. uvádí, že je pro něj ve vztahu důležité porozumění – zároveň popisuje, že jejich vztah skutečně je založen na porozumění a empatii. Na otázku, co je pro něj ve vztahu důležité odpovídá pan D., že jde o morální povinnost. Tuto povinnost naplňuje sám svým rozhodnutím zůstat ve vztahu. Paní B., paní C., pan E. a pan E. uvádějí shodně na vizuálně analogové škále maximální hodnotu 100% pro rozhodnutí setrvat ve vztahu

Paní H. od manželství očekávala zabezpečení a zajištění, to ve vztahu našla (rozhodnutí zůstat ve vztahu je 80%).

Naopak paní A. zmiňuje, že ve vztahu je pro ni důležité, aby byl aktivnější a nevmlouval se – pojmenovává chování, které jí ve vztahu s partnerem chybí. Podobně příběh paní G. ilustruje, že aspekty vztahu, které považuje za důležité, nejsou naplněny. Paní G. považuje za důležité, aby manželé byli ve vztahu sobě rovni, aby byli „partáci“. Vztah s manželem ale popisuje jako nerovný vztah, který se podobá vztahu učitelky a dítěte, nebo matky a dítěte. Jak paní A. tak i paní G. uvažují o rozvodu, jejich odhodlání zůstat ve vztahu je označeno shodně hodnotou 50.

Investice

Další kategorií, která dle mého názoru souvisí s motivací, tvoří výroky, které se týkají toho, co daný člověk investoval do vztahu, či co tvoří společné investice.

Období, kdy je partner po poranění mozku hospitalizován, je pro zdravé partnery značně zátěžové. Pět respondentů popisuje, že denně byli v nemocnici na návštěvě, aktivně se podíleli na péči o svého partnera (docházeli pomoci s osobní hygienou), pomáhali s bazální stimulací či vymýšleli různé způsoby, jak dodat podněty pro kognitivní rehabilitaci (četba, fotografie, hudba, apod.). Paní G. například trávila denně 6 hodin v nemocnici, protože manžel nechtěl s nikým jiným spolupracovat.

Po skončení pracovní doby jsem jel dennodenně za manželkou do rehabilitačního ústavu, popovídat s ní, umejt ji před spaním, loučit se (Pan F., 463-465).

Já prostě jsem chtěl experimentovat, říkám ne, nebudu tady u ní sedět u ní a čumět, já jsem tam chodil, ona ležela v nejhorším komatu a já jsem jí četl Krtečka, že jo, takový ty věci, pouštěl jsem jí muziku, to, co měla ráda, že jo, pak...dělal jsem s ní různé cvičení... je to psychicky náročný, hodně (Pan E., 43-46).

Čas a energie, kterou zdraví partneři vynaložili, lze vnímat jako určitý druh investice, který by byl ztracen, kdyby se vztah rozpadl:

Ale jako je zase škoda myslím zahodit 12 let během jednoho tejdne... myslím jakože ani já si nezasloužím, po 12ti letech... když člověk investuje do toho vztahu... (Paní A., 622-623).

Vlastně, se tady člověk snaží, 5 let, do toho člověka jako vložit, tak vlastně jakoby, je úplně zbytečných (Paní G., 138-139).

A říkám, furt se snažím a nechci to pustit, jo, já jsem beran, jo, prostě, nechci to pustit, jako... že ta práce, všechno mi přijde v niveč, prostě, já furt jako dostat to, co jsem, ačkoliv jsem za tím šla (Paní G., 407-409).

Jako určitý druh investice ve vztahu můžeme být i společný majetek, který by byl rovněž ztracen, nebo znehodnocen v případě rozpadu vztahu. Explicitně tento motiv pro zachování vztahu zaznívá u jedné osoby ve výzkumném souboru:

Jako pořád se dohadujeme o toho psa (smích) že ten, kdo odejde, tak ho nedostane, dostane ho ten, kdo jakoby... to nezaviní (Paní A., 429-430).

Třeba jsem už i zvyklá na ten byt, ten je jako jeho, takže bych se musela stejně jako odstěhovat (Paní A., 437-438).

Úspěšné zvládnutí minulých krizí

Poranění mozku partnera je stresující, zátěžovou situací. Její zvládání souvisí s tím, jak byly zvládnuty dřívější krize v životě. Domnívám se, že pokud byly v minulosti zvládnuty krize nebo zátěžové situace, bude to mít menší vliv na stabilitu manželství.

Dvě ženy z výzkumného vzorku uváděly v souvislosti se svým příběhem i minulé životní krize. Paní B. má 10 let starou zkušenost, kdy poranění hlavy utrpěl její syn. Mnoho situací, kterými paní B. procházela s manželem, znala z již z minulosti.

Podobně paní C. zmiňuje minulé životní krize, které byly zvládnuty (potíže s dospívající dcerou) a především, když manžel náhle přestal kouřit. V porovnání s tím znamenaly následky poranění mozku manžela mnohem menší psychickou zátěž.

Vzhledem k tomu, že jsme zažili dobu, kdy, on strašně kouřil, jako hrozně, a pak z ničeho nic jednoho dne přestal, a to teda byl atak drsná doba, že proti tomu tohle je to, protože tam on vlastně skončil nakonec na, na, na psychofarmakách, protože to nešlo, on měl šílené záchvaty vzteku, ale naprosto šílený, jako, se mu rozbušilo srdce a mohl dostat infarkt, jako (Paní C., 730-734).

Já bych dokázala popsat, jaký to je žít s člověkem, kterej přestane z 60ti cigaret z ničeho nic, ze dne na den, kouřit, a to jako, to jako je mnohem bych řekla (smích), horší... (Paní C., 956-958).

Postoje a vliv okolí

V rozhovorech byla respondentům pokládána otázka, jak se na jejich vztah dívají jejich blízcí, s jakými názory a postoji se setkávají. Domnívám se, že sociálního prostředí může souviset s motivací pro setrvání ve vztahu.

Většina respondentů uváděla, že se setkávají spíše s podpurnými reakcemi, s obdivem a oceněním. Rodina či přítele nepředpokládají, že by bylo lepší se s partnerem po poranění mozku rozejít.

Já předpokládám, že vůbec nikdo nepředpokládal, že bych se třeba prokristapána měla rozvést, nebo něco takového (Paní B, 911-912).

V zásadě oni ho samozřejmě všichni hrozně chválí, obzvlášť jako tím, že on i ho viděj třeba po měsíci, kdy teda z vozejčku si stoupne, pak udělá tři kroky, takže spíš nám jako držej palce podporu, asi tak, jako, než že by, že by tam jako to někdo víc nějak hodnotil (Paní C., 932-935).

No já bych řekl, že oba dva mě obdivují, to jako, spíš, než., ale jako říkají, a jak to můžu prostě vydržet všechno že jo tohleto (Pan D., 402-403).

Jako myslím si, že nám fanděj (Pan E., 500).

Pouze jedna osoba uváděla, že se setkává s tím, že přátelé si myslí, že by rozvod byl lepší, diví se jí, že s partnerem zůstává. Dokonce i ze strany dětí zaznívá názor, že by bylo lepší najít si jiného partnera:

Mý kamarádky se hrozně diví, že jsem se s ním nerozvedla, že s ním jsem dál, že nejsem asi jako v pořádku (Paní G., 613-614).

Syn prostě, v osmi letech říká, že stejně, jako by bylo dobrý najít si někoho, kdo se na mě usmívá a je milej, dcera, ta úplně už to nějak prostě vzdala, vůbec ho nebere jako tátů (Paní G., 606-608).

Intimita

U mnoha párů došlo po poranění mozku ke změnám v sexuálním a intimním životě. Změna, či vymizení sexuálního života je způsobena fyzickým omezením, ztrátou sexuální touhy, vlivem léků, nebo i psychickými změnami. I u zdravých partnerů může dojít k utlumení sexuální touhy, v jednom případě byla jako příčina uvedena změna rolí: role ošetřovatelky se neshoduje s rolí sexuální partnerky.

No a prostě vám odpoví, že ho to prostě jako vůbec nenapadne, prostě ho to jako vůbec nezajímá... což je strašně velká změna, když i dřív prostě běhal za ženským (Paní G., 599-600).

I když respondenti uváděli, že se jejich intimní život následkem poranění změnil, nikdo z nich neuváděl, že by tato změna měla mít vliv na otázku setrvání ve vztahu. Pouze v jednom rozhovoru explicitně zaznělo, že tato složka manželského života chybí.

To, jak je hodnocena tato změna, závisí i na věku partnerů. Starší respondenti hovoří o tom, že to není zásadní v jejich vztahu:

Tak zase nejsme taková věková kategorie - být to ve věku mezi 20-30, nebo 35, tak bych chápala, že to je daleko podstatnější (Paní B., 901-902).

Pan D. přiznává, že sexuální život ve vztahu vymizel, přičítá to nejen zdravotnímu stavu manželky, její dlouhé hospitalizaci, ale i celkově jejich věku:

Nutit jí k něčemu, to jako nemá smysl, jo (smích), takže to. No a navíc, já taky stárnu, že jo (smích) (Pan D., 396-397).

Ovšem i v mladém manželství utlumení sexuálního života nemusí mít destruktivní vliv na kvalitu manželství, jak to ilustruje výrok jednoho respondenta:

Je pravda, že my sex moc často nemáme. Já jako nebazírů na tom nějak, mě to prostě nebaví (smích), mě to přijde takový trapný, svým způsobem, zbytečný, prostě, někdy mě to baví, někdy ne, ale je prostě jednou za čas, jako nemusím být, jako nejsem ten typ, co by to moc často vyžadoval (Pan E., 509-512).

Pouze 1 osoba pozitivně oceňovala, že tato kvalita z jejich manželského života nevymizela.

Tím že ten vztah byl vždycky jako hodně intenzivní a byl hodně založenej i na této části jako života, tak je jako dobře, že se ukázalo, že to jako jde (Paní C., 921-922).

Očekávání od manželství

V rámci rozhovorů jsem pokládala otázku, *jaká byla očekávání od manželství*, když se partneři brali. Na základě odpovědí se ukázalo, že explicitní očekávání hrají spíše menší roli. Obzvláště respondenti, jejichž manželství trvá dlouho, si na očekávání ani nevzpomínají, popřípadě říkají, že to pro ně nebylo důležité, nebo že žádná neměli. Sňatek přišel po kratší či delší známosti, neboť dříve byl vnímán jako samozřejmý, i vzhledem k tomu, že sňatky byly častější.

V zásadě, tam jako ty očekávání byly takový, že jako bylo tam takový, že jako se všichni vdávaly, tak, tak jsme se vzali teda taky (Paní C., 850-851).

No tak nějak vyplynulo, my jsme se znali no tak jako... (smích), abych vám řekl důvod, proč jsme se vzali, tak jako, to... (Pan D., 275-276).

Ani v případě dvou respondentů, reprezentujících mladší manželství (3 roky a 10 let) nebyly jmenovány očekávání od manželství jako něco významného. Pan E. popisuje, že důvodem k uzavření manželství byly praktické důvody, nesouviselo to přímo se vztahem jako takovým. Uzavření manželství bylo spíše úředním aktem.

Pouze jedna osoba uvedla explicitně, že při vstupu do manželství očekávala, že manžel bude schopen zajistit rodinu, toto očekávání se naplnilo.

Vnější vlivy

Na motivaci pro setrvání v manželství mohou mít obecně vliv i vnější vlivy, které n souvisejí přímo s poranění mozku partnera.

V jednom rozhovoru zaznělo jako negativní faktor, který prohloubil manželskou krizi, partnerův virtuální vztah na internetovém chatu:

Jsem ho jednou načapala, že si s jednou taky píše, a tak... (Paní A., 254-255).

17. Diskuze

Pomocí kvalitativního přístupu jsem se pokusila analyzovat, co motivuje partnery osob po poranění mozku setrvávat v manželství.

Většina výzkumů, která se zabývá partnery osob po poranění mozku, tvoří kvantitativní studie, které zkoumají míru prožívaného stresu, symptomy deprese a úzkosti, nebo fungování manželství. Několik studií se zabývalo mírou rozvodovosti párů po poranění mozku. Při přípravě teoretické části této práce jsem nenarazila na žádnou studii, která by se zabývala hlubším porozuměním motivace pro setrvání v manželství u párů, kde jeden z partnerů utrpěl poranění mozku. Domnívám se, že tato diplomová práce může přispět k porozumění situace pečujících-partnerů obecně, nejen specificky v rámci problematiky poranění mozku.

17.1. Metodologie

Výzkumný soubor

Výsledky výzkumu mohlo ovlivnit složení výzkumného souboru. Metoda záměrného výběru prostřednictvím institucí mohla obsáhnout jen malý výsek cílové skupiny. Byly osloveny rehabilitační ústavy a neziskové organizace, které nabízejí aktivity a programy pro osoby po poranění mozku. Ve výzkumném souboru jsou tedy partneři těch osob po poranění mozku, kteří rehabilitují, aktivně spolupracují na léčbě. Zároveň lze předpokládat, že s účastí na rozhovoru souhlasili ti partneři, kteří jsou v manželství spíše spokojeni, kteří svého partnera v léčbě podporují, a kteří jsou tedy spíše motivováni v manželství setrvat. I přesto se podařilo získat do výzkumného souboru 2 osoby, které reálně zvažují rozvod. Nicméně je na místě předpokládat, že došlo ke zkreslení výsledků elitou (Miovský, 2006), a je třeba výsledky interpretovat s tímto zřetelem. Je velice pravděpodobné, že bychom získali jiné výsledky, pokud by se výzkumu účastnili manželé, kteří umístili svého partnera po poranění mozku do léčebny dlouhodobě nemocných nebo do nějakého ústavního zařízení. Rovněž by bylo zajímavé zaměřit se ve výzkumu motivace i na ty partnery, kteří o rozvod požádali, nebo kteří žijí odloučeně. Tento záměr by byl ale obtížně realizovatelný vzhledem k obtížnosti vyhledávání a oslovování těchto osob pro účely výzkumu.

Dalším úskalím výzkumu je velikost výzkumného souboru a jeho demografické charakteristiky, respektive malá reprezentativnost vzorku. Výzkumný soubor zahrnoval 8 osob. Větší počet by byl pro kvalitativní studii jistě přínosem, nicméně se danou metodou výběru osob nepodařilo získat větší počet účastníků, a to i přes to, že rozhovor byl motivován

finanční odměnou. Relativně malý počet osob jsem se proto pokusila vyvážit hlubším rozhovorem a podrobnější analýzou výsledků.

Výzkumný soubor tvořilo 5 žen a 3 muži. Tento vyšší poměr žen i se přibližuje reprezentativním vzorku, neboť poranění mozku jsou u mužů dvakrát až třikrát častější, než u žen (Powell, 2010, s. 22) Rovněž v mnoha výzkumech zaměřených na partery osob po poranění mozku tvoří ženy minimálně tři čtvrtiny zkoumaného vzorku, někdy je skupina respondentů tvořena výhradně ženami (Perlesz et al., 1999).

Další demografické charakteristiky ukazují spíše na značnou heterogenitu vzorku. Věk respondentů byl v rozmezí od 26 do 66 let, délka manželství od 3 do 45 let. Většinou se jednalo o manželství s dospělými dětmi, dva respondenti reprezentovali bezdětná manželství, v jednom případě šlo o manželství s nezletilými dětmi. Takovýto soubor si nemůže klást nárok na reprezentativnost, nebylo to ani cílem. Záměrem kvalitativní studie nicméně bylo spíše zmapovat různé a jedinečné zkušenosti a individuální prožívání partnerů osob po poranění mozku a získat tak co nejpestřejší představu o motivaci pro setrvání v manželství. Vzhledem k tomu, že motivace se může měnit s věkem a délkou trvání manželství, demograficky různorodý soubor může poskytnout pestřejší mozaiku různých zdrojů motivace.

Dále se v rámci výzkumného souboru lišila doba, která uplynula od poranění. Nejkratší byla půl roku, nejdelší 9 let. V jednom manželství dokonce partner nebyl stále propuštěn z rehabilitačního ústavu, pouze jezdil domů na víkendy. Jednotlivé páry tak mají odlišnou zkušenost s tím, co znamená „poranění mozku“ jejich partnera. V průběhu měsíců až několika let dochází k postupnému zlepšování. Někteří respondenti tak pozorují rychlé, až rapidní zlepšování fyzického a psychického stavu svého partnera, jiní se vyrovnávají s pocitem stagnace stavu. Výsledky tak jsou ovlivněny touto odlišnou zkušeností. Na druhou stranu tato pestrost zkušeností může být přínosem, neboť poskytuje bohatší spektrum výpovědí. Z těchto výpovědí však nelze usuzovat na obecnější zákonitosti.

Na výsledky výzkumu mohl mít vliv typ a charakter postižení partnera po poranění mozku. I když většina osob po poranění mozku měla určité fyzické omezení, většinou šlo o osoby soběstačné, mobilní, schopné komunikace. Ve většině případů nebyla nutná specifická zdravotní nebo ošetrovatelská péče o partnera. Jedná se tedy opět jen o výsek z dané cílové skupiny. Pokud by partneři po poranění mozku byly například imobilní, inkontinentní, s omezenou možností komunikace a navázání vztahu s partnerem, nebo pokud by se u nich objevovaly známky demence, výsledky by byly odlišné. Oslovování této části cílové populace by bylo se také neobešlo bez potíží. Určitou možností by bylo oslovení agentur domácí péče, pečovatelských služeb, nebo neurologických ambulancí.

Výsledky mohly ovlivnit i další charakteristiky, které nebyly sledovány, ať už se jedná o sociodemografické znaky, osobnostní charakteristiky osob, různé životní zkušenosti a podobně. Ty by vyžadovaly ale vlastní výzkumnou studii.

Metody

Na výsledky výzkumu měly vliv i použité metody. Získaná data jsou výsledkem interakce výzkumníka a respondenta, nelze tedy hovořit o tom, že bychom získali naprosto reliabilní deskripci introspektivního prožívání respondenta.

Rozhovor prováděl vždy jeden tazatel a účastnil se vždy jen jeden respondent. Vzhledem k citlivosti tématu rozhovoru jsem nechávala na účastnících, aby si samo zvolili místo rozhovoru. Atmosféru rozhovoru ovlivňuje prostředí, ve kterém rozhovor probíhá. Ve dvou případech probíhal rozhovor doma, v ostatních šlo o veřejně přístupné prostory. Subjektivně prožívané bezpečí daného prostředí mohlo ovlivnit otevřenost respondenta. Další důležitou roli hraje i kvalita navázání kontaktu, kterou ovlivňují sympatie, osobnostní charakteristiky, ale i momentální naladění respondenta i tazatele.

Vzhledem k tomu, že jsem se zabývala motivací pro setrvání v manželství, mohly být odpovědi ovlivněny momentální situací v partnerském vztahu, například hádka, krize apod. Z důvodu větší reliability by bylo přínosné uskutečnit dva rozhovory s odstupem delšího časového období. Navíc většina rozhovorů se odehrávala v zimě (leden, únor), v době, kdy byly silné mrazy a sníh. Několik respondentů dokonce uvedlo, že jejich momentální naladění souvisí právě se zimou a že očekávají, že na jaře budou svou situaci hodnotit jinak.

Hlavní metodou kvalitativního výzkumu byl polostrukturovaný rozhovor. Výhodu této metody spatřuji právě v možnosti navázání osobnějšiho vztahu s respondentem, v možnosti klást doplňující otázky a možnosti přizpůsobit se tempu a naladění respondenta.

Na druhou stranu polostrukturovaný rozhovor svými předem připravenými otázkami ovlivňuje to, jaké odpovědi výzkumník dostane. Scénář rozhovoru byl vytvořen na základě mých implicitních předpokladů o motivaci pro setrvání v manželství. Předpokládala jsem, že na motivaci bude mít vliv charakter poranění a míra následků, očekávání od manželství, hodnoty daného člověka, a podobně. Otázky také naváděly k uvažování o dané situaci jako zlomu v životě, který předěluje manželství na dobu *před* a *po*. Nezanedbatelným předpokladem také bylo, že poranění mozku je zátěžová událost, která *má* vliv na manželství. Formulace otázek mohla navádět respondenty odpovídat tak, aby uvažovali daným způsobem také. Tyto rizika jsem se nažila vyvážit tím, že do scénáře rozhovoru byly zařazeny otevřené

otázky a tím, že jsem ponechávala respondenty volně hovořit bez přerušování, i když se vyprávěním vzdálili od dané otázky.

Vedle rozhovoru byly použity i další metody: vizuálně analogová škála, projektivní metoda Bubble test a Nedokončené věty. Tyto metody sloužily jako doplňkové. Odpovědi v nedokončených větách často podpořily již řečené v rozhovoru a byly ověřením získaných poznatků. Jednotlivá zpracování Bubble testu jsou uvedena v příloze, ale vzhledem k malé zkušenosti s interpretací projektivních metod jsem se nakonec rozhodla tuto metodu neanalyzovat.

17.2. Výsledky

Cílem výzkumné studie bylo identifikovat motivy pro setrvání v manželství u partnerů osob a dále pak faktory, které s touto motivací souvisejí.

V dnešní době se u nás rozvádí téměř každé druhé manželství. Pokud se podíváme na to, jaká je rozvodovost u manželství, kde jeden z partnerů utrpěl poranění mozku, nalezneme značně rozporuplné údaje. Míra rozvodovosti se v různých výzkumech pohybuje od 15% do 78% (srov. Smith, Godfrey, 1995; Arango-Lasprilla et al., 2008).

V tomto výzkumu bylo 8 respondentů, všichni byli v manželství. Motivaci pro setrvání v manželství vyjadřovali názorně na vizuálně analogové škále od 0 do 100. Šest osob ve výzkumném souboru označilo své odhodlání setrvat ve vztahu hodnotou 100. Dva respondenti zvažovali rozvod, své odhodlání setrvat ve vztahu označili hodnotou 50. Podle některých autorů (Kratochvíl, 2009; Klimeš, 2005) začíná rozvod nikoliv až podáním žaloby na rozvod, ale rozvodový proces začíná tím, že jeden z partnerů začne uvažovat o rozvodu jako o reální možnosti. Pokud bychom tedy s jistým zjednodušením brali tyto respondenty jako rozvedené, pak by míra rozvodovosti byla 25%. Nicméně i když tito respondenti uvažovali o rozvodu jako o reálné možnosti, zároveň zde byla řada faktorů, která podporovala motivaci k setrvání ve vztahu. Nemůžeme proto z našeho vzorku vyvozovat jakékoliv závěry ohledně zvýšeného rizika rozvodu v manželstvích osob po poranění mozku. Navíc, jak bylo uvedeno výše, výsledky mohly být zkresleny složením výzkumného souboru. Lze předpokládat, že s účastí na výzkumu souhlasili ti partneři, kteří podporují svého partnera v rehabilitaci, angažují se v jeho léčbě, mají s ním pozitivní vztah a jsou tedy pravděpodobně i motivovaní pro setrvání v manželském vztahu.

Některé dřívější výzkumy hledaly souvislost demografických charakteristik a stability manželství. Stabilita manželství pozitivně koreluje s věkem (Arango-Lasprilla et al., 2008). Mladší ženy spíše inklinují k tomu ukončit vztah, zatímco starší ženy spíše ve vztahu

zůstávají a zastávají pečovatelskou roli (Smith, Godfrey, 1995, s. 12). Vzhledem k malému souboru nelze tento závěr učinit. Vysoké odhodlání ve vztahu uváděl jak nejmladší, tak nejstarší respondent. O rozvodu uvažovaly dvě respondentky ve věku 35 a 40 let.

Powell (2010, s. 123) tvrdí, že u delších vztahů je větší pravděpodobnost, že unese nastalé problémy. Opět vzhledem k velikosti a nerovnoměrnému zastoupení věku respondentů a délky manželství nelze z výsledků vyvozovat obecné závěry v tomto smyslu. Nicméně 5 respondentů z 8 reprezentovalo manželství, které trvá déle než 20 let. Všichni tito respondenti uváděli odhodlání setrvat v manželství hodnotou 100. Na druhou stranu, nejkratší manželství ve výzkumném souboru trvalo 3 roky, i zde bylo odhodlání vyjádřeno na škále maximální hodnotou.

Motivy

Na základě analýzy rozhovorů byly definovány tyto zdroje motivace: *sociální motivace, morální motivace, děti, zajištění rodiny a praktické důvody*. První tři okruhy zrcadlí i tři kapitoly o zdrojích motivace pro manželství v teoretické části diplomové práce.

V dnešní době hrají citové aspekty důležitou roli jak při vstupu do manželství tak v otázce jeho setrvání (Kratochvíl, 2009). Tyto aspekty hrály důležitou roli v manželstvích respondentů. V rámci kategorie **sociální motivace** zaznívala různá vyjádření citového vztahu k partnerovi.

V rámci kategorie sociální motivace zaznívaly často výroky, které hovoří o potřebě *být s partnerem, být mu nablízku*. Vztah sám o sobě byl zdrojem motivace pro setrvání. Této motivaci můžeme rozumět ve smyslu *potřeby náležení*, jak jí pojmenovali Baumeister a Leary (1995). Uspokojení této potřeby je spojeno s pocitem štěstí a spokojenosti v životě, ztráta blízkého vztahu je doprovázena stresem a nepříjemnými emocemi, které brání v přerušení i neuspokojivých vztahů. V rámci výzkumného vzorku uvažovali dvě respondentky o rozvodu. I přes to, že vztah byl neuspokojivý, nechťely partnera opustit a o vztah přijít. Domnívám se, že teorie *need to belong* poskytuje v tomto případě užitečný interpretační rámec.

Mnoho respondentů zmiňovali jako hlavní motivaci pro setrvání ve vztahu lásku, nebo „mít rád“. Tento aspekt zazníval jak od respondentů, jejichž odhodlání setrvat ve vztahu bylo vysoké, tak i u těch, kteří zvažovali rozvod. Stejný motiv ale může mít u každého jiný obsah. Definovat, co je láska, není snadné ani v odborné literatuře, je proto zřejmé, že i v běžném jazyce bude toto slovo nabývat odlišných významů.

Gosling a Oddy (1999, s. 793) uvádějí, že důležitým aspektem vztahu, který podporuje vědomí závazku v manželstvích po poranění mozku, je přátelství. Přátelství jako

motiv pro setrvání ve vztahu explicitně uvedla jedna respondentka, přátelský vztah mezi partnery jako pozitivní aspekt byl ale vyjádřen i v dalších rozhovorech. Partneři oceňovali, pokud i po poranění mozku partnera zůstalo ve vztahu zachováno to, co že mohli společně provozovat koníčky, že si mohli povídat a podobně.

Někteří respondenti popisovali, že v dlouhodobém vztahu se láska mění, počáteční zamilovanost vztahu vystřídala láska, kterou by bylo možno nazvat kamarádkou. Podle mnoha autorů je právě kamarádská láska lepším a stabilnějším základem pro dlouhodobý vztah (Nakonečný, 1996).

Vedle emocionálních aspektů kladli někteří respondenti důraz i na vědomí závazku vůči partnerovi. Užitečný interpretační rámec poskytuje zde Sternbergova (1986) triangulační teorie lásky, která zahrnuje komponentu intimity, vážně a závazku. Sternberg (1986) tvrdí, že z hlediska udržení dlouhodobých vztahů je důležitá především třetí jmenovaná komponenta. Závazek a oddanost hrají důležitou roli ve vztahu právě i při zvládání těžkostí.

Další kategorií, které popisuje motivy pro setrvání v manželství, byla morální motivace. I v sociologických výzkumech se ukazuje, že pro mnoho lidí je důvodem k uzavření sňatku názor, že manželství je něco normálního a správného. Obzvláště u starších respondentů přetrvává tradiční pojetí manželství jako významné hodnoty. Vedle toho se objevuje i negativní postoj k rozvodu. Některé respondenty uváděli, že nemohou opustit partnera, který je na nich existenčně závislý. Vztah je posílen vědomím zodpovědnosti vůči partnerovi.

Třetím zdrojem motivace pro manželství jsou děti. Podle mnoha autorů jsou děti stabilizujícím prvkem ve vztahu, který odrazuje partnery od rozvodu (Schaie, Willis, 1986, s. 205; White, Booth, 1985). Ve výzkumném souboru bylo 5 respondentů, kteří měli děti již dospělé. Ve starších manželstvích se může tento vliv dětí jakožto stabilizačního prvku ztrácet, nicméně všichni tito respondenti uváděli na škále odhodlání setrvat ve vztahu maximální hodnotou. Dokonce i jeden respondent, jehož potomek byli rozvedený, sám rozvod nepovažuje za přijatelnou variantu, přestože říká, že manželství je udržuje „jen“ morální povinností (spíše se ukazuje význam morální motivace).

Význam dětí jakožto důležitého prvku, který motivuje zachování vztahu, se ukázal v jednom rozhovoru. I přes to, že šlo o problematické manželství, děti byly hlavním udávaným důvodem, proč zachovat manželství.

Ovšem svou roli může hrát v otázce setrvání v manželství touha mít děti. Podle sociologických průzkumů je hodnota „mít děti“ uváděna na prvním místě v žebříčku životních cílů u žen (Šamanová, 2009). V tomto výzkumu byly jen dva respondenti z bezdětných

manželství. V jednom případě (žena) byla otázka mít či nemít dítě ústředním tématem, které bylo spojeno s úvahami o rozvodu, v druhém případě (muž) rozhodnutí nemít děti nemělo vliv na otázku setrvání ve vztahu. Na základě dvou rozhovorů nelze učinit jakákoliv zobecnění. Nicméně je možné, že touha mít děti bude hrát větší roli u žen. Pokud následkem poranění partneri nemohou (nebo nechťejí) mít spolu děti, může tato situace zvyšovat riziko rozvodu.

Zajištění rodiny jako motiv pro manželství zaznělo explicitně pouze v jednom případě. Domnívám se, že otázka materiální zabezpečení mohla hrát roli i u dalších respondentů, nicméně je možné, že to nebylo uvedeno, protože to není obecně pokládáno za „čistý“ motiv pro manželství.

Jako pátý motiv pro manželství byly jmenovány praktické důvody. Zde musíme mít na paměti, že je třeba odlišovat manželství jako vztah a manželství jako úřední akt, narážíme tak zde na určité metodologické aspekty výzkumu. Respondent zde hovořil o manželství jako o určitém právním aktu, ze kterého vyplývají z praktického hlediska výhody. Tento motiv však se však netýká motivačních aspektů vztahu.

Faktory, které souvisejí s motivací

Na základě použitých metod zpracování dat bylo definováno 15 kategorií, které souvisejí otázkou motivace pro setrvání v manželství.

Jedná se o tyto kategorie: : *naděje, vize budoucnosti vztahu, obraz partnera, hodnocení vztahu, hodnocení kvality vztahu před poraněním, hodnocení významu situace pro manželství a zdravého partnera, hodnocení následků poranění mozku, existence alternativních možností, míra naplnění potřeb ve vztahu, investice, úspěšné zvládnutí krizí v minulosti, postoje a vliv okolí, intimita, očekávání od manželství a vnější vlivy.*

Některé z těchto kategorií byly uváděny do souvislosti s motivací explicitně (například investice, naděje, částečně existence alternativních možností, hodnocení vztahu), jiné byly vyvozovány sekundárně, na základě metody kontrastování.

Téma **naděje** bylo zmiňováno již v teoretické části práce o motivaci. Téměř všichni respondenti zmiňovali tuto komponentu jak důležitý faktor, který měl vliv na zvládání situace po poranění mozku. Naděje, že se partner uzdraví a že manželství může dále fungovat, je bezesporu silný motivační faktor. Naděje je v pojetí Snydera (2008) pozitivním motivačním stavem, který určuje zaměření energie a hledání cest. Respondenti při vyprávění často popisovali, že když byl partner hospitalizovaný, tak i přes negativní prognózy se snažili partnerovi pomáhat, někteří pomáhali při osobní hygieně, při bazální stimulaci a rehabilitaci.

Vymýšleli různé způsoby, jak partnerovi zajistit v nemocničním prostředí co nejvíce podnětů pro to, aby se mohl poranění mozek zotavit.

S nadějí úzce souvisí i otázka **budoucnosti vztahu**. Zde byl patrný rozdíl mezi respondenty, které uvádějí jednoznačné odhodlání setrvat ve vztahu a těmi, kteří zvažují rozvod. Představa o budoucnosti v horizontu 5 let byla u respondentů odhodlaných setrvat ve vztahu spojena buď s implicitním, nebo explicitně vyjádřeným předpokladem trvání vztahu. Tato jistota vytvářela pozadí pro fantazie o dalších eventualitách, které mohou do budoucna nastat (například narození vnoučat, změna zaměstnání, důchod alpo.). Naopak u respondentů, kteří nyní zvažovali rozvod, je dominantním tématem v rámci představ o budoucnosti právě otázka trvání vztahu. Budoucnost je spojena s nejistotou ohledně trvání vztahu, a varianty rozvod či setrvání ve vztahu jsou předloženy, jako přibližně stejně pravděpodobné. Tato kategorie je ale spíše indikátorem kvality vztahu (a motivačního nastavení), než přímým faktorem, který ovlivňuje motivace.

Čtyři pojmenované kategorie se týkají **hodnocení** (*hodnocení vztahu v současné době, hodnocení kvality vztahu před poraněním, hodnocení významu situace pro manželství a zdravého partnera, hodnocení následků*). Názvy těchto kategorií naznačují, že při prožívání situace nejde o objektivní kritéria, ale důležité je, jak respondent určité situace vnímá, hodnotí a interpretuje jejich význam pro svůj život.

Toto zjištění je v souladu s výzkumem Blaise a Boiseverta (2005). Tito autoři poukázali na význam coping strategie *reappraisal*. Zvládání situace závisí na její kognitivní interpretaci. Pokud je situace pochopena jako zvládnutelná a smysluplná výzva, má to pozitivní vliv na její zvládání. Vnímání situace jako negativního zlomu, katastrofy v životě, vede k pesimismu. Kognitivní interpretace se odráží nejen na tom, jak je situace zvládána, ale i na celkové spokojenosti v manželství (Blais, Boisvert, 2007). Rovněž na teoretické rovině tvrdí i Powell (2010, s. 124), že pro zvládání situace po poranění mozku je důležitá schopnost pohlížet na situaci jako výzvu.

Význam této copingové strategie *reappraisal* pro zvládání situace, spokojenost ve vztahu (a potažmo i pro odhodlání setrvat ve vztahu) je patrný i ve výpovědích respondentů. Respondenti, kteří byli odhodlání setrvat ve vztahu, byli schopni vnímat pozitivní aspekty celé situace. Prožitá událost u nich vedla ke změně hodnot, k uvědomění si hodnoty a křehkosti života a k ocenění každodenních, běžných věcí v životě, které do té doby byly brány jako samozřejmost. Respondenti museli po poranění mozku partnera zvládnout mnoho nových úkolů a vyřešit spoustu situací, kterým čelili poprvé v životě. Zvládnutí těchto úkolů vedlo k pocitu potvrzení vlastní hodnoty jak v očích druhých lidí, především partnera, tak

před sebou samými. Péče o partnera může být i zdrojem prožitku smyslu. Zvládnutí zátěžové situace také může vést k posílení vztahu. Respondenti, kteří zvažovali rozvod a kteří byli nespokojeni s kvalitou manželského vztahu, obtížně hledali nějaký pozitivní aspekt situace. Situace je prožívána jako negativní zlom v životě, který je zdrojem zátěže.

V souladu s mnoha výzkumy se i zde ukázalo, že partneři osob po poranění mozku prožívají značný stres (srov. Blais, Boisvert, 2005). Mnoho respondentů také popisovalo, že následkem poranění došlo ke změně rolí, což je opět v souladu s předchozími výzkumy (srov. Smith, Godfrey, 1995).

Poranění mozku má řadu následků, ať už fyzických nebo psychických. Na základě analýzy rozhovorů se zdá, že psychické následky poranění mozku (změny nálad, agresivita apod.) jsou větším zdrojem zátěže, než fyzické následky. Toto zjištění je v souladu s poznatky i dalších autorů (např. Norup et al., 2010). Výsledek ale může být ovlivněn tím, že ve výzkumném souboru byli respondenti, jejichž partneři se z fyzických následků převážně zotavili. I když někteří partneři museli omezit některé sporty nebo náročnější fyzické činnosti, téměř všichni byli soběstační a nevyžadovali ošetřovatelskou péči. Fyzické následky tak nevystupovali jako dominantní následek.

S poraněním mozku byly také spíše spojovány spíše psychické, než fyzické následky. U některých respondentů vedla nepřítomnost psychických následků k pocitu, že nevědí, co to vlastně je poranění mozku, protože nepozorují žádné následky.

Prožívání závažnosti poranění a následků opět souvisí více s interpretací (*reappraisal*), než s objektivními kritérii. Někteří respondenti přisuzovali fyzické či psychické změny přirozeným procesům stárnutí, jeden respondent považoval psychické změny (výkyvy nálad) za běžné projevy ženského chování. Někteří respondenti byli také schopni nahlédnout. Pokud jsou následky poranění a změny, které z nich vyplývají, hodnoceny jako fatální zlom v životě, má to negativní vliv na prožívání a zvládání situace. Negativní vliv na manželský vztah může mít i to, pokud zdravý partner vnímá, že následkem poranění došlo k zásadní (a negativní) změně osobnosti partnera.

V rámci rozhovorů bylo dále patrné, že liší způsob, jak hovoří o svém partnerovi respondenti, kteří jsou jednoznačně odhodláni setrvat ve vztahu a jaký **obraz partnera** dává vyprávění těch respondentů, kteří uvažují o rozvodu. Domnívám se, že to, jaký obraz partnera respondenti mají, souvisí s motivací. Nelze ale mluvit o kauzálním vztahu. Domnívám se, že obraz partnera je spíše symptomem kvality vztahu, či motivačního nastavení, než přímo faktorem, který ovlivňuje motivaci. Respondenti, jejichž odhodlání setrvat ve vztahu bylo vysoké, hovořili o partnerovi pozitivně. Jednoznačně převažovaly pozitivní charakteristiky

partnera, současně se jednalo o vlastnosti, které nebyly zasaženy poraněním (například tolerantní, hodný, milující apod.). Ve vyprávění respondentů, kteří zvažovali rozvod, vystupovaly do popředí negativní charakteristiky partnera. Jednalo se nejčastěji o vlastnosti, které souvisely s poraněním (agresivita, lenost, nesamostatnost apod.). Ve všech rozhovorech zaznívala jako velice významná jedna charakteristika – respondenti velice oceňovali, pokud se partner *snaží*, pokud je aktivní a snaží se zvládat co nejvíce činností navzdory svému omezení. Naopak negativně je prožíváno, pokud se partner vymlouvá na svůj handicap, pokud je líný a přestává se snažit.

Předpokládala jsem, že s motivací pro setrvání v manželství může souviset i **vliv sociálního prostředí**. Reakce, názory a postoje okolí se mohou podílet na tom, jak člověk sám hodnotí kvalitu svého vztahu a situaci jako takovou. Většina respondentů se setkávala s pozitivními reakcemi od svým nejbližších. Přátelé či rodina vyjadřovali obdiv, jak situaci zvládají, podporovali je a nabízeli jim pomocnou ruku. Pouze v jednom případě se respondentka setkávala s tím, že se přátelé diví, že se s partnerem nerozvedla a děti dávají najevo, že jiný partner byl pro ni lepší. Tato respondentka zvažovala rozvod. Domnívám se, že reakce blízkých podporují její hodnocení situace a přispívají k negativnímu prožívání vztahu. V ostatních případech však reakce okolního prostředí nebyla stěžejním aspektem prožívání situace. Respondenti někdy nevěděli, co odpovědět, protože se nad tím dříve neměli potřebu pozastavit. Názory a postoje okolí odvozovali spíše z nabídek pomoci.

Dále byla identifikována jedna kategorie, přestože jí tvořila zkušenost pouze jedné respondentky. Jde o **vnější vlivy**, jak je pojmenovává např. Kratochvíl (2009). Jedná se o problematické situace v manželství, způsobené vlivem třetích osob, například negativní vliv rodičů, dětí nebo dalších osob. Především jde o vliv mimomanželských vztahů, které mohou negativně ovlivnit motivaci pro setrvání v manželství. V jednom případě respondentka hovořila o tom, že partner si našel virtuální vztah na internetu. Tento aspekt hrál roli v prožívané partnerské krizi a v otázce zvažování rozvodu.

Dále bylo definováno několik kategorií, jejichž význam z hlediska motivace pro setrvání v manželství můžeme interpretovat pomocí **modelu investic** (Rusbult, Buunk, 1993). Tato teorie se pokouší objasnit, proč některé vztahy přetrvávají i náročná období. Autoři tvrdí, vztahy udržuje pocit závazku, na kterém se podílí 3 komponenty: stupeň spokojenosti, kvalita alternativ a míra investic. Podrobněji je tento model popsán v teoretické části (kapitola 12).

Několik definovaných kategorií můžeme uspořádat do těchto 3 komponent:

- **stupeň spokojenosti:** kategorie „míra naplnění potřeb“ a „hodnocení vztahu“

Rusbult a Buunk (1993) tvrdí, že pocit spokojenost se zvyšuje, pokud vztah uspokojuje důležité potřeby. To se potvrdilo i v rámci kategorie *míra naplnění potřeb ve vztahu*. V rámci analýzy výsledků byly srovnávány odpovědi na otázku, co respondenti považují za důležité ve vztahu, s tím, jak o vztahu vyprávějí. U respondentů, jejichž rozhodnutí setrvat ve vztahu bylo vysoké, byly potřeby ve vztahu saturovány. Naopak u respondentů, kteří zvažovali rozvod, nebyly udávané potřeby ve vztahu v souladu s tím, jak vztah prožívají.

Stupeň uspokojení ilustruje i kategorie hodnocení vztahu. Respondenti, jejichž rozhodnutí setrvat ve vztahu bylo vysoké, hodnotili svůj vztah pozitivně. Často zaznívalo, že svůj vztah prožívají jako výjimečný a hodnotný. Někteří respondenti prožívali pocit jedinečnosti a nezaměnitelnosti vztahu, a svůj vztah vnímali v porovnání s jinými páry jako kvalitnější. Naopak respondenti, kteří zvažovali rozvod, byl vztah hodnocen celkově negativně.

- **kvalita alternativ:** kategorie „existence alternativních možností“

Podle teorie investic (Rusbult, Buunk (1993) se jedinec se cítí více oddán vztahu, když věří, že jiné alternativy jsou horší. Alternativy mohou být konstruovány i jako příležitosti pro opuštění nespokojeného vztahu.

V souladu s touto teorií si můžeme všimnout, že partneři, jejichž rozhodnutí setrvat ve vztahu bylo vysoké, popisovali setrvání v manželství jako naprostou samozřejmost, o rozvodu v souvislosti s poraněním partnera nikdy neuvažovali. Navíc postoje k rozvodu obecně byly negativní.

Jiná byla situace u respondentů, kteří rozvod zvažovali. Rozvod jako takový nebyl chápán jak nepřijatelné tabu, ale jako reálná alternativa do budoucnosti. Opuštění vztahu však bylo ovlivněno právě existencí příležitostí pro opuštění neuspokojivého vztahu. Odchodu od partnera bránila existenční nejistota – možnost, kde bydlet, stabilní finanční příjem. Naopak rozhodnutí opustit partnera by bylo posíleno existencí alternativního vztahu, který by poskytoval uspokojení potřeb, které v současném vztahu nejsou saturovány.

- **investice:** kategorie „investice“ a „úspěšné zvládnutí minulých krizí“

Rusbult a Buunk (1993) tvrdí, že jedinec se stává zavázaný ve vztahu tím, že do něj investuje důležité. Investice zesilují závazek tím, že zvyšují ztrátu, která by přišla s ukončením vztahu, mohou tak sloužit jako silný psychologický motiv pro zachování vztahu.

Investice jakožto důležitý faktor, který se podílí na rozhodnutí setrvat ve vztahu, byl identifikován i v této studii. Mnoho respondentů popisovalo, že první týdny a měsíce po poranění partnera byly značně náročné až vyčerpávající. Během hospitalizace navštěvovali denně partnera v nemocnici, kde někteří trávili i denně několik hodin, někteří pomáhali při

péči o partnera, při bazální stimulaci a rehabilitaci, aktivně vymýšleli způsoby, jak podpořit rekonvalescenci. Čas a energii můžeme považovat z hlediska teorie Rusbultové a Buunka (1993) považovat za investici, která se podílí na zvyšování závazku. Určitým druhem investice mohou být i samotná délka manželství. Ve výzkumném souboru bylo 5 osob, jejichž manželství trvalo déle, než 20 let. I vzhledem k délce vztahu někteří respondenti uvádějí, po tolika letech manželství by ani nemělo smysl se rozvádět. V rozhovorech respondenti také popisovali, že mají mnoho společných přátel, zájmů, koníčků, což je rovněž v rámci teorie Rusbultové a Buunka (1993) považováno za druh investice. Jako další zdroj investic byl zmiňován i společný majetek, například společný pes, společný byt a podobně. Rozvod by znamenal ztrátu těchto investic, což, podporuje pocit závazku ve vztahu.

Za určitý druh investice můžeme považovat i *úspěšné zvládnutí minulých krizí*. Někteří partneři popisovali, že v minulosti prožili s partnerem situace, které byly také velice zátěžové. Minulá zkušenost s úspěšně zvládnutou krizí může zvýšit resilienci a zároveň podpořit nadějný postoj, že i současná situace bude zvládnutelná. Prožití (a zvládnutí) zátěžové situace s partnerem bylo jmenováno jako faktor, který posílil a utužil vztah.

Domnívám se, že model investic může poskytnout užitečný interpretační rámec, pro porozumění toho, proč některé vztahy se v náročných obdobích rozpadnou a jiné přetrvávají

Vedle těchto kategorií, u kterých se domnívám, že mají vliv na motivaci, byly definovány i dvě, u kterých byl této vliv očekáván, nicméně na základě analýzy rozhovorů se to nepotvrdilo. Jde o kategorie „intimita“ a „očekávání od manželství“. **Intimita a sexuální soužití** jsou důležitou složkou manželského vztahu. Je tím, co odlišuje manželský vztah od jiných blízkých vztahů. Podle dřívějších výzkumu, zažívají partneři pokles partnerské a emocionální podpory a ztrátu sexuální intimity (Blais, Boisevert, 2005, s. 1225), to se potvrdilo i v tomto výzkumu. Následkem poranění došlo u většiny párů ke změně sexuálního života ve smyslu utlumení nebo vymizení. Nicméně nikdo z respondentů neuváděl, že by tato změna hrála nějakou roli v otázce setrvání ve vztahu. Může to být dáno věkem respondentů: 6 respondentů z 8 bylo starší 40ti let. Někteří z nich právě sami vysvětlovali, že i když tuto složku manželského života postrádají, nehraje v jejich věku tak podstatnou roli, někteří i utlumení sexuálního života chápali jako přirozenou součást stárnutí.

Podněty pro další výzkumy

V rozhovorech s respondenty zaznělo mnoho dalších zajímavých momentů, které však přesahovaly téma této práce. Bylo nasbíráno mnoho informací a zajímavých poznatků,

které by mohly vytvořit další studii (například zvládání situace, copingové strategie u partnerů osob po poranění mozku)

Partneři osob po poranění mozku se musí vyrovnat se značnou zátěží. Náhlé životní situace naruší dosavadní fungování a běžný život. Partneři musí čelit řadě nových úkolů. Někteří partneři zmiňovali, že postrádali větší pomoc či poradenství v oblasti vyřizování praktických věcí, jak je například jednání s pojišťovnami, úřady apod. Také mnoho respondentů popisovalo, že mnohdy bylo obtížné vyznat se v rámci systému zdravotnictví. Partneři museli shánět a zařizovat rehabilitační pobyty, kompenzační pomůcky a další. Nehledě na to, že partneři se vyrovnávají s náročnými emocemi a mnohdy chybí psychologická podpora. Domnívám se, že zde je velký prostor pro činnost občanských sdružení, která mohou nabídnout pomoc. Bylo by proto vhodné zmapovat potřeby pečujících a rodinných příslušníků.

Celá situace má dopad i na manželský vztah. Partneři jsou mnohdy i několik měsíců od sebe odloučení. Partneři mohou v této době trpět pocity osamělosti. Po návratu pak mohou partneři pozorovat určité změny v chování partnera po poranění, mohou se objevit změny chování a projevování emocí. Někteří partneři zmiňovali, že postrádají projevy něhy, jako pohlazení, nebo by potřebovali od svého partnera slyšet ocenění. Zároveň tyto respondenti vysvětlovali, že jejich partner si tuto změnu ani neuvědomuje. Domnívám se, že zde se nabízí velká inspirace. Byl by prostor nejen pro výzkumné studie, ale především pro terapeutické a edukační programy pro osoby po poranění mozku a jejich partnery.

ZÁVĚR

Tato práce se zabývala situací manželů a manželek osob po poranění mozku. Těžké poranění mozku je zátěžovou situací, a následky ovlivňují nejen osoby s poraněním, ale i jejich partnery. Záměrem této práce bylo zmapovat, co drží manželství osob po poranění mozku pohromadě navzdory této zátěžové situaci.

První část práce se zaměřovala teoreticky na téma manželství a rozvodů. Postoje k manželství a rozvodům se za posledních více než 20 let změnily. Zvyšuje se průměrný věk vstupu do manželství a celkově klesá sňatečnost. Každé druhé manželství u nás končí rozvodem. Přesto podle sociologických průzkumů je manželství stále vnímáno jako důležitá hodnota, která má význam především ve výchově dětí. Oproti minulosti je však více očekáváno od manželství uspokojení emocionálních potřeb, citový chlad je jedním z nejčastěji uváděných důvodů k rozvodu.

Druhá část práce se zabývá tématem poranění mozku a jeho následků. Pozornost je věnována především tím, jaký dopad má tato situace na rodinné příslušníky a na manželství. Mnoho výzkumů poukazuje na to, že partneři/manželé osob po poranění mozku zažívají enormní zátěž a stres. Následky poranění mozku ovlivňují rozdělení rolí v rodině, emocionální aspekty vztahu, spokojenost, intimitu. Podle některých autorů je v souvislosti se zvýšenou mírou stresu v těchto manželstvích vyšší rozvodovost, nicméně závěry výzkumů jsou v tomto směru nejednotné.

Teoretickou část završuje pojednání o motivaci pro manželství. Vedle tří zdrojů motivace (sociální motivace, morální motivace, motivace k rodičovství) jsou zmiňovány i teorie, které vysvětlují setrvávání ve vztazích. Jedna kapitola této části se věnuje tématu naděje.

Čtvrtou část diplomové práce tvoří vlastní výzkumná studie. Jedná se o kvalitativní výzkum, který je založen na rozhovorech s osmi respondenty, jejichž partner utrpěl poranění mozku. Cílem výzkumu bylo identifikovat motivy, které motivují pro setrvávání ve vztahu a dále pak zmapovat další faktory, které souvisejí s motivací pro setrvávání v manželství.

Na základě rozhovorů bylo identifikováno 5 motivačních zdrojů: sociální motivace (láska, přátelství, potřeba náležitosti), morální motivace, děti, materiální zajištění a praktické důvody.

Kromě toho bylo identifikováno 15 faktorů, které souvisejí s motivací: *naděje, obraz partnera, hodnocení vztahu, hodnocení kvality vztahu před poraněním, hodnocení významu situace pro manželství a zdravého partnera, hodnocení následků poranění mozku, existence alternativních možností, míra naplnění potřeb ve vztahu, investice, úspěšné zvládnutí krizí*

v minulosti, vize budoucnosti vztahu, postoje a vliv sociálního prostředí, intimita, očekávání od manželství a vnější vlivy.

Několik kategorií ukazuje na význam copingové strategie *reappraisal*. Prožívání vztahu a situace po poranění mozku jako takové je dáno subjektivním ohodnocením významu.

Některé z těchto kategorií lze interpretovat pomocí *teorie investic* Rustbulové a Buunka (1993). Tato teorie pomáhá porozumět motivaci pro setrvání ve vztahu, i když prochází náročným obdobím.

Tato diplomová práce může být inspirací jak pro další výzkumné studie, tak pro praktické účely organizací, které poskytují pomoc nejen lidem po poranění mozku a jejich partnerům, neboť poznatky lze obecněji vztáhnout i na jiné zátěžové životní situace. Přínosem výzkumné části je i to (na rozdíl od mnoha dosavadních výzkumů, které se zaměřují většinou na negativní aspekty situace), že jsou identifikovány i pozitivní aspekty celé situace

LITERATURA

ARANGO-LASPRILLA, Juan Carlos, Jessica M. KETCHUM, Taryn DEZFULIAN, Jeffrey S. KREUTZER, Therese M. O'NEIL-PIROZZI, Flora HAMMOND a Amitabh JHA. 2008. Predictors of marital stability 2 years following traumatic brain injury. *Brain Injury*. 2008, roč. 22, 7-8, s. 565-574. ISSN 0269-9052. DOI: 10.1080/02699050802172004. Dostupné z: <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.1080/02699050802172004>.

BAUMEISTER, Roy F. a Mark R. LEARY. 1995. The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*. 1995, roč. 117, č. 3, s. 497-529. ISSN 0033-2909. DOI: 10.1037/0033-2909.117.3.497. Dostupné z: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0033-2909.117.3.497>.

BLAKEMORE, Judith E. Owen, Carol A. LAWTON a Lesa Rae VARTANIAN. 2005. I Can't Wait to Get Married: Gender Differences in Drive to Marry. *Sex Roles*. 2005, roč. 53, 5-6, s. 327-335. ISSN 0360-0025. DOI: 10.1007/s11199-005-6756-1. Dostupné z: <http://www.springerlink.com/index/10.1007/s11199-005-6756-1>.

BLAIS, Marie Claude a Jean-Marie BOISVERT. 2005 Psychological and marital adjustment in couples following a traumatic brain injury (TBI): A critical review. *Brain Injury*. 2005, roč. 19, č. 14, s. 1223-1235. ISSN 0269-9052. DOI: 10.1080/02699050500309387.

BLAIS, Marie Claude a Jean-Marie BOISVERT. 2007. Psychological adjustment and marital satisfaction following head injury: Which critical personal characteristics should both partners develop? *Brain Injury*. 2007, roč. 21, č. 4, 357-372. ISSN 0269-9052. DOI: 10.1080/02699050701311075.

Demografická ročenka ČR 2010. 2011. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Český statistický úřad* [online]. 31.10. 2011, Aktualizováno dne: 5.12. 2011 [cit. 2012-02-06]. Dostupné z: <http://www.czso.cz/csu/2011ediciplan.nsf/p/4019-11>

DIMITROVÁ, Michaela. 2007. Manželství a jeho význam v pojetí české veřejnosti. Centrum pro výzkum veřejného mínění, Sociologický ústav AV ČR. *Naše společnost* [online]. 2007, č. 2 [cit. 2012-06-16].

Dostupné z: http://www.cvvm.cas.cz/upl/nase_spolecnost/100074s_MANZELSTVI.pdf.

ERIKSON, Erik E, 2002. *Dětství a společnost*. Praha: Argo, 2002. ISBN 80-7203-380-8.

FOLKMAN, Susan, Richard S. LAZARUS, Christine DUNKEL-SCHETTER, Anita DELONGIS a Rand J. GRUEN. 1986. Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1986, roč. 50, č. 5, s. 992-1003. ISSN 1939-1315. DOI: 10.1037/0022-3514.50.5.992. Dostupné z: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0022-3514.50.5.992>.

FROMM, Erich. 1996. *Umění milovat*. Praha: Nakladatelství Josefa Šimona, 1996, 125 s. ISBN 80-85637-26-x.

GOSLING, Jo a Michael ODDY. 1999. Rearranged marriages: marital relationship after head injury. *Brain Injury*. 1999, vol. 13, no. 10, s. 785-796. ISSN 0269-9052.

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. 2000. Psychologický slovník. Praha: Portál, 2000. 776 s. ISBN 80-7178-303-X.

HENDRICK, Susan a Clyde HENDRICK. Love. SNYDER, C.R. a Shane J. LOPEZ. 2002. *Handbook of Positive Psychology*. New York: Oxford University Press, 2002, s. 472-484. ISBN 0-19-513533-4.

HOLMES, Thomas H. a Richard H. RAHE. The social readjustment rating scale. 1967. *Journal of Psychosomatic Research*. 1967, roč. 11, č. 2, s. 213-218. ISSN 00223999. DOI: 10.1016/0022-3999(67)90010-4.

Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/0022399967900104>.

JURÁŇ, Vilém, Martin SMRČKA a Vladimír SMRČKA. 2001. Poranění mozku. LÉKAŘSKÁ FAKULTA, Masarykova Univerzita. *Učební texty z traumatologie pro*

posluchače lékařské fakulty MU [online]. V Brně: Masarykova univerzita, 2001 [cit. 2012-03-27]. Dostupné z: http://www.med.muni.cz/Traumatologie/Neurochirurgie/Medici_traum.htm

KEBZA, Vladimír a Iva ŠOLCOVÁ. 2008. Hlavní koncepce psychické odolnosti. *Československá psychologie*. Praha: Psychologický ústav AV ČR, 2008, roč. 52, č. 1, s. 1-19. ISSN 0009-062x.

KLIMEŠ, Jeroným, 2005. *Partneři a rozchody*. Praha: Portál, 2005. 240 s. ISBN 80-7367-045-3.

KRATOCHVÍL, Stanislav. 2009. *Manželská a párová terapie*. Praha: Portál, 2009. 280 s. ISBN 978-80-7367-646-9.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. 2004. *Pozitivní psychologie: odpouštění, smířování, překonávání negativních emocí, radost, naděje*. Praha: Portál, 2004. 200 s. ISBN 80-7178-835-X.

KULIŠŤÁK, Petr, 2011a. Neuropsychologie. 2., aktualizované a přepracované vydání. Praha: Portál, 2011. 284 s. ISBN 978-80-7367-891-3.

KULIŠŤÁK, Petr, 2011b. Úrazy hlavy a mozku (kraniocerebrální traumata). KULIŠŤÁK, Petr et al. *Případové studie z klinické neuropsychologie*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2011, s. 203-221. ISBN 978-80-246-1928-6.

LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. 2006. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006, 368 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1284-9.

LAZARUS, Richard S. 1991. Coping Theory and Research: Past, Presence, and Future. *Psychosomatic Medicine*. 1993, vol. 55, s. 234-247.

LUCKEY, Eleanore Braun a Joyce Koym BAIN. 1970. Children: A Factor in Marital Satisfaction. *Journal of Marriage and the Family*. 1970, roč. 32, č. 1, s. 43-. ISSN 00222445. DOI: 10.2307/349970. Dostupné z: <http://www.jstor.org/stable/349970?origin=crossref>.

MASLOW, Abraham H. 2003 *Ku psychologii bytia*. 1. vyd. Bratislava: Persona, 2003, 223 s.

McLANAHAN, Sara a Julia ADAMS. 1987 Parenthood and Psychological Well-Being. *Annual Review of Sociology*. 1987, vol. 13, s. 237-257. DOI: 10.1146/annurev.so.13.080187.001321.

MAUSS-CLUM, Nancy a Margery RYAN. 1987. Brain injury and the family. *Journal of neurosurgical Nursing*. 1981, vol. 13, isme 4, s. 165-169.

MIKŠÍK, Oldřich. 2009. *Psychika osobnosti v období závažných životních a společenských změn*. Praha: Karolinum, 2009. 302 s. ISBN 978-80-246-1600-1.

MIOVSKÝ, Michal. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006, 332 s. ISBN 80-247-1362-4.

MOŽNÝ, Ivo. 1990. *Moderní rodina (mýty a skutečnost)*. Brno: Blok, 1990. 184 s. ISBN 80-7029-018-8.

NAKONEČNÝ, Milan. 1996. *Motivace lidského chování*. Praha: Akademia, 1996. ISBN 80-200-0592-7.

NAVRÁTIL, O., Martin SMRČKA, P. HANÁK a J. SEDLÁK, 2009. Výsledky léčby pacientů s těžkým poraněním mozku, nejčastější deficity, jejich resocializace a pracovní schopnost. In: JANEČKOVÁ, Marcela (ed.). *Život po poranění mozku: sborník příspěvků z konference Cerebra ... konané 12. března 2009 v Praze*. Vyd. 1. Praha: Cerebrum - Sdružení osob po poranění mozku a jejich rodin, 2009, s. 86-88. ISBN 978-80-904357-0-4. Dostupné z: <http://www.cerebrum2007.cz/nase-sluzby/publikace/sbornik-z-mezinarodni-konference-zivot-po-poraneni-mozku.html>.

NORUP, Anne, Lars SIERT a Erik LYKKE MORTENSEN. 2010. Emotional distress and quality of life in relatives of patients with severe brain injury: The first month after injury. *Brain Injury*. 2010, roč. 24, č. 2, s. 81-88. ISSN 0269-9052. DOI: 10.3109/02699050903508200.

PERLESZ, Amaryll, Glynda KINSELLA a Simon CROWE. 1999. Impact of Traumatic Brain Injury on the Family: A Critical Review. *Rehabilitation Psychology*. 1999, vol. 44, no. 1, s. 6-35.

PLAŇAVA, Ivo. 1994. *Jak se nerozvádět*. Praha: Grada, 1994. 120 s. ISBN 80-7169-129-1.

Plodnost a sňatečnost žen. 2003. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Plodnost a sňatečnost žen, Český statistický úřad* [online]. 20.8. 2003, Aktualizováno dne: 31.1. 2012 [cit. 2012-02-06]. Dostupné z: <http://www.czso.cz/csu/2003edicniplan.nsf/p/4118-03>.

PLZÁK, Miroslav, 1973. *Poznání a léčba poruch manželského soužití*. Praha: Avicenum, 1973, 248 s. ISBN 80-037-73.

PLZÁK, Miroslav, 1988. Poruchy manželského soužití. Úvod do matrimoniopatologie. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1988. 160 s. ISBN 14-521-88.

POWELL, Trevor. 2010. *Poškození mozku. Praktický průvodce pro terapeuty, rodinné příslušníky a pacienty*. Praha: Portál, 2010. 120 s. ISBN 978-80-7367-667-4.

Rozvodovost. 2009. VÝVOJ OBYVATELSTVA ČESKÉ REPUBLIKY V ROCE 2008. *Český statistický úřad* [online]. 11.9. 2009. Aktualizováno dne: 9.10. 2009 [cit. 2012-02-06].

Dostupné z: [http://www.czso.cz/csu/2009edicniplan.nsf/t/1D00355EB8/\\$File/400709a3.pdf](http://www.czso.cz/csu/2009edicniplan.nsf/t/1D00355EB8/$File/400709a3.pdf).

Rozvodovost: Historie. 2009. *Demografie: Demografický informační portál* [online]. Demografické informační centrum, © 2004-2009 [cit. 2012-06-18]. Dostupné z: http://www.demografie.info/?cz_rozvodhistorie=.

Rozvodovost. 2010. VÝVOJ OBYVATELSTVA ČESKÉ REPUBLIKY V ROCE 2010. *Český statistický úřad* [online]. 12.9. 2011. Aktualizováno dne: 5.12. 2011 [cit. 2012-02-06].

Dostupné z: [http://www.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/t/F7003184C8/\\$File/400711a3.pdf](http://www.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/t/F7003184C8/$File/400711a3.pdf).

Rozvodovost. 2012. *Český statistický úřad* [online]. 2012, Aktualizováno dne: 20.1. 2012 [cit. 2012-02-06]. Dostupné z: <http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/rozvodovost>.

RUBIN, Zick. 1970. Measurement of romantic love. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1970, roč. 16, č. 2, s. 265-273. ISSN 0022-3514. DOI: 10.1037/h0029841. Dostupné z: <http://content.apa.org/journals/psp/16/2/265>.

RUISELOVÁ, Zdena. 2006. *Štýly zvládania záťaže*. In: RUISELOVÁ, Zdena a kolektiv. *Štýly zvládania záťaže a osobnosť*. Bratislava: Ústav experimentálnej psychológie SAV, 2006, s. 9-20. ISBN 80-88910-23-4.

RUSBULT, C. E. a B. P. BUUNK. 1993. Commitment Processes in Close Relationships: An Interdependence Analysis. *Journal of Social and Personal Relationships*. 1993-05-01, roč. 10, č. 2, s. 175-204. ISSN 0265-4075. DOI: 10.1177/026540759301000202.

ŘÍČAN, Pavel. 2006. *Cesta životem*. Vývojová psychologie. 2., přepracované vydání. Praha: Portál, 2006. 390 s. ISBN 80-7367-124-7.

SCHAEIE, K. Warner a Sherry L. WILLIS. 1986. *Adult Development and aging*. Second Edition. Boston, Toronto: Little, Brown and Company, 1986. ISBN 0-316-77290-9.

SCHULMAN, Michael. 2002. How We Become Moral: The Sources of Moral Motivation. SNYDER, C.R. a Shane J. LOPEZ. *Handbook of Positive Psychology*. New York: Oxford University Press, 2002, s. 499-514. ISBN 0-19-513533-4.

,

SMITH, Louise, Margaret a Hamish, P.D GODFREY. 1995. *Family Support Programs and Rehabilitation. A Cognitive – Behavioral Approach to Traumatic Brain Injury*. New York: Plenum Press, 1995. ISBN 0-306-44932-3. 222 s.

SMRČKA, Martin, 2009. Klady a zápory péče o pacienty s poraněním mozku v České republice. In: JANEČKOVÁ, Marcela (ed.). *Život po poranění mozku: sborník příspěvků z konference Cerebra ... konané 12. března 2009 v Praze*. Vyd. 1. Praha: Cerebrum - Sdružení osob po poranění mozku a jejich rodin, 2009, s. 104-105. ISBN 978-80-904357-0-

4. Dostupné z: <http://www.cerebrum2007.cz/nase-sluzby/publikace/sbornik-z-mezinarodni-konference-zivot-po-poraneni-mozku.html>.

SNYDER, Richard C. 2000. *Handbook of Home: Theory, Measures, and Applications*. San Diego (USA): Academic Press, 2000. 440 s. ISBN 978-0126540505.

Sňatečnost. 2012. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Sňatečnost. Český statistický úřad* [online]. 2010, Aktualizováno dne: 19.1. 2012 [cit. 2012-02-06]. Dostupné z: <http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/sňatečnost>.

STERNBERG, Robert J. 1986. A triangular Theory of Love. *Psychological Review*. 1986, Vol. 93, No. 2, s. 119-135.

ŠAMANOVÁ, Gabriela. Partnerství, manželství a rodičovství. In: *Naše společnost 2009: Centrum pro výzkum veřejného mínění Sociologický ústav AV ČR, v.v.i.* [online]. 12. 1. 2009 [cit. 2012-06-16]. Dostupné z: http://www.cvvm.cas.cz/upl/zpravy/100993s_ov100112.pdf.

ŠAMANOVÁ, Gabriela a Pavla STĚHULOVÁ. 2011. Rodinné hodnoty a postoje k manželství - listopad 2011. In: *Naše společnost, v11-11: Centrum pro výzkum veřejného mínění Sociologický ústav AV ČR, v.v.i.* [online]. 19. prosince 2011 [cit. 2012-06-16]. Dostupné z: http://www.cvvm.cas.cz/upl/zpravy/101214s_ov111219a.pdf.

ŠVESTKOVÁ, Olga. 2009. Český zdravotní systém a rehabilitace osob po poranění mozku. *Zdravotnické noviny: ZDN* [online]. 2009, č. 10 [cit. 2012-03-29]. ISSN 1214-7664. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/zdravotnicke-noviny/cesky-zdravotni-system-a-rehabilitace-osob-po-poraneni-mozku-410586>.

THIBAUT, John W. a Harold H KELLEY. 1959. *The social psychology of groups*. New Brunswick, U.S.A.: Transaction Books, 1959, xxvi, 313 p. ISBN 08-873-8633-4.

TWENGE, Jean M., W. Keith CAMPBELL a Craig A. FOSTER. 2003. Parenthood and Marital Satisfaction: A Meta-Analytic Review. *Journal of Marriage and Family*. 2003,

roč. 65, č. 3, s. 574-583. ISSN 0022-2445. DOI: 10.1111/j.1741-3737.2003.00574.x.
Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1741-3737.2003.00574.x>.

Územní diferenciacie sňatků a rozvodů v letech 1993 až 2003: Sňatky. 2004. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Český statistický úřad* [online]. 13.12. 2004, Aktualizováno dne: 28.10. 2006 [cit. 2012-02-06].

Dostupné z: <http://www.czso.cz/csu/2004edicniplan.nsf/p/4026-04>.

V AŠÍČKOVÁ, Jana. 2011. *Trendy rozvodovosti v ČR a jejich komparace se zeměmi EU*. Pardubice, 2011. Dostupné z:

[http://dspace.upce.cz/bitstream/10195/39155/1/VasickovaJ_TrendyRozvodovosti_BL_2011.p](http://dspace.upce.cz/bitstream/10195/39155/1/VasickovaJ_TrendyRozvodovosti_BL_2011.pdf)
df. Diplomová práce. Univerzita Pardubice, fakulta ekonomicko-správní.

WAITE, Linda J. a Lee A. LILLARD. 1991. Children and Marital Disruption. *American Journal of Sociology*. 1991, roč. 96, č. 4, s. 930-. ISSN 0002-9602. DOI: 10.1086/229613. Dostupné z: <http://www.journals.uchicago.edu/doi/abs/10.1086/229613>

WHITE, L. K. a A. BOOTH. 1985. The Transition to Parenthood and Marital Quality. *Journal of Family Issues*. 1985, roč. 6, č. 4, s. 435-449. ISSN 0192-513x. DOI: 10.1177/019251385006004003.

WOOD, Rodger L. a Levent K. YURDAKUL. 1997. Change in relationship status following traumatic brain injury. *Brain Injury*. 1997, Volume 11, Number 7, s. 491-501. ISSN 0269-9052. DOI: 10.1080/713802183.

PŘÍLOHY

Příloha 1 – Scénář rozhovoru

Příloha 2 – Nedokončené věty, Paní A.

Příloha 3 – Bubble test, Paní A.

Příloha 4 – Nedokončené věty, paní B.

Příloha 5 – Bubble test, paní B.

Příloha 6- Nedokončené věty, paní C.

Příloha 7 – Bubble test, paní C.

Příloha 8- Nedokončené věty, pan D.

Příloha 8 – Bubble test, pan D.

Příloha 10 – Nedokončení věty, pan E.

Příloha 11 – Bubble test, pan E.

Příloha 12 – Nedokončené věty, pan F.

Příloha 13 – Bubble test, pan F.

Příloha 14 – Nedokončené věty, paní G.

Příloha 13 – Bubble test, paní G.

Příloha 15 – Nedokončené věty, paní H.

Příloha 16 – Bubble test, paní H.

Příloha 1 – scénář rozhovoru

Asociace:

Co Vás první napadne, když se řekne „manželství“? ...co ještě?

Mapující otázky

Jak dlouho jste manželé?

Máte děti? Plánujete?

Poranění mozku:

Kdy se stal partnerovi úraz? To je jak dlouho zpátky? Co se tehdy stalo?

K jakému poškození došlo?

Byl partner v kómatu?

Jak probíhala léčba a rekonvalescence? "

Co Vám lékaři řekli o prognóze?

Jak jste vy sám/sama tehdy vnímala prognózu zdravotního stavu manžela?

Jakou vnímáte nyní prognózu zdravotního stavu vašeho manžela?

Co obnáší péče o manžela?

Kdo v péči o manžela pomáhá?

Jak vypadá váš běžný den, od rána do večera?

Změny po poranění mozku

Co se změnilo u Vašeho partnera po poranění mozku – fyzicky, psychicky, emocionálně, hodnotově? Změnila se jeho povaha? (jak?)

Čeho si na svém partnerovi ceníte? Čeho jste si cenil/a dříve?

Jak se změnil chod domácnosti – například péče o děti, domácnost, finance, práce apod.?

Otázky na manželský vztah:

Jaké je vaše manželství?

Jaká byla vaše očekávání od manželského vztahu, když jste se brali? Co pro Vás bylo tehdy důležité?

Jak byste popsal váš manželský vztah v době před poraněním mozku?

Jaký je váš manželský vztah po poranění mozku manžela? Co se změnilo? Co v čem je to lepší, v čem horší?

Změnil se váš intimní život?

Jak se na Váš vztah dívají vaši blízcí? Co si o tom myslí rodiče?

Jak byste popsal člověku, který o tom vůbec nic neví, jaký je život s manželem po poranění mozku....

Motivace pro setrvání ve vztahu

Jaké tři věci jsou pro Vás v životě nejdůležitější? (Čím se to stalo, že zrovna tohle je důležité...)

Co je pro vás ve vašem vztahu důležité?

Proč je pro vás důležité zůstat v manželství s vaším partnerem?

Co vás drží ve vztahu pohromadě?

Co je pro vás ve vztahu těžké?

Co vám pomáhá to zvládat?

Bez čeho by se to nedalo zvládnout?

Jak vidíte svůj život za 5 let?

Jak vidíte vaše manželství za 5 let?

Uvažoval jste někdy o rozvodu?

Metafory: Doplňte větu:

- Život s partnerem po poranění mozku je jako.....

Technika – Strom

Kdyby se váš manželský život proměnil ve strom, jaký by byl?

- *Co by to bylo za strom, jak by vypadal, kde by stál, v jakém by byl počasí, jak se mu daří, co by potřeboval, co mu chybí?*

-

Škály...

Nedokončené věty...

Bubble test...

Vzkaz:

Co byste vzkázal člověku, jehož partner utrpěl poranění mozku?

Příloha 2 – Nedokončené věty, Paní A.

Po poranění mozku partnera se v našem vztahu nejvíc změnilo... *vztah jeden k druhému*.....

Nejkrásnější na našem vztahu je..... *že nemusí být na vozíčku a může chodit*.....

Nejtěžší v současném vztahu je..... *jeho zapomnětlivost, snadná ovlivnitelnost*.....

Situaci zvládám díky *dobré práci a kamarádům*.....

Nejvíce mi v manželství chybí..... *psychická podpora*.....

Nejvíce bych od partnera potřebovala..... *povzbuzení a snahu si určité věci obstarat sám*.....

Zůstávám s manželem, protože..... *ho mám ráda a pořád k němu něco cítím*.....

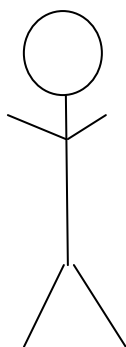
Náš vztah má budoucnost, *asi pouze pokud budeme mít aspoň jedno dítě*

S manželem bych zůstala, i kdyby.....

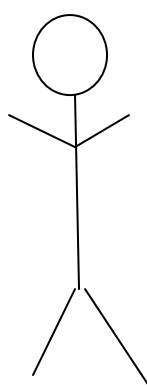
Manžela bych opustila, pokud..... *by se našel někdo, kdo by se do mě zamiloval a chtěl by se mnou žít a mít společný život*.....

Příloha 3 – Bubble test, Paní A.

Myslím si, že setrvávat
v manželství
s člověkem po
poranění mozku nemá
smysl.



(Říká) Smysl to má, ale je to
někdy hodně těžké



(Myslí si) Zkusit se
má vše, žijeme jen
jednou

věk:.....40.....

pohlaví:.....žena.....

zaměstnání:.....psycholožka.....

kdo to je?.....

věk:.....35.....

pohlaví:.....žena.....

zaměstnání:.....sekretářka.....

kdo to je?.....já.....

Příloha 4 – Nedokončené věty, paní B.

Po poranění mozku partnera se v našem vztahu nejvíc změnilo.....*role v rodině.....*

Nejkrásnější na našem vztahu je....*ted' už asi přátelství a vzájemná důvěra, opora...*

Nejtěžší v současném vztahu je.....*zvyknout si na omezení, která zatím jsou*

Situaci zvládám díky*naději a víře, že to bude opět dobré.....*

Nejvíce mi v manželství chybí.....*společně prožívané chvíle, zážitky.....*

Nejvíce bych od partnera potřebovala.....*možnost znovu se na něj moci spolehnout.....*

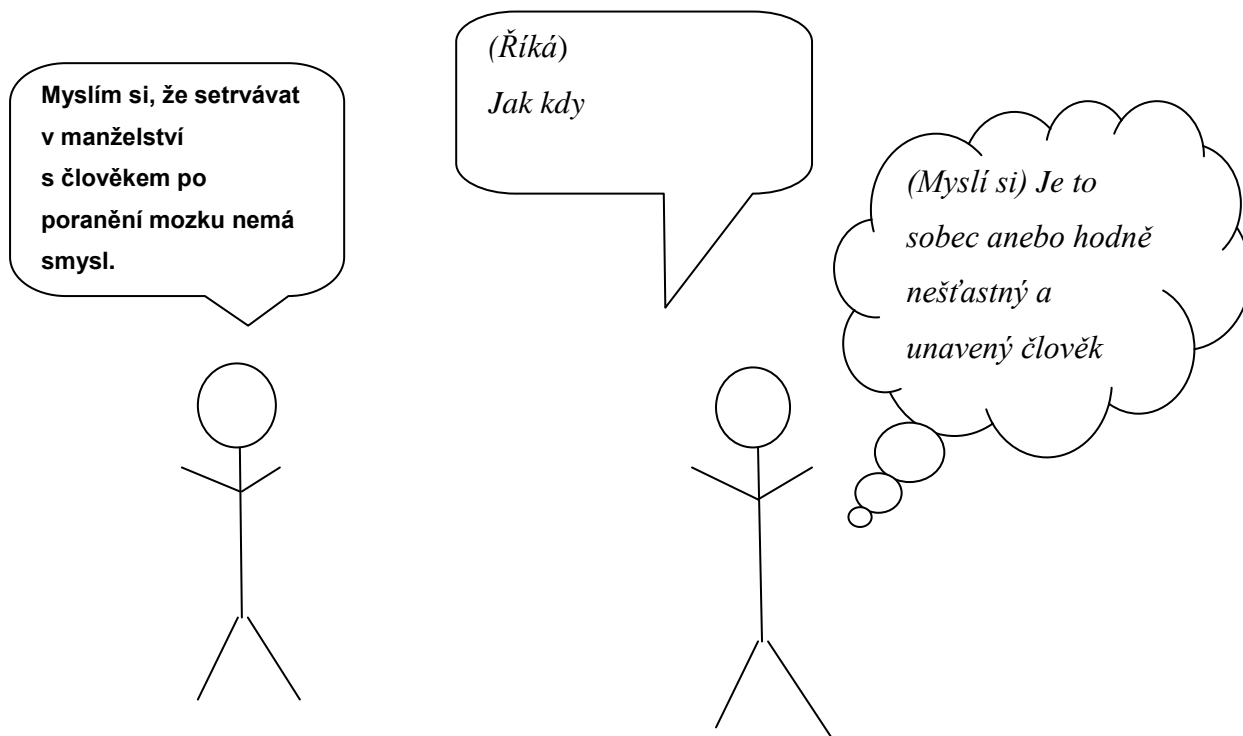
Zůstávám s manželem, protože.....*neuvažuji o tom, že bych ho opustila, není důvod.....*

Náš vztah má budoucnost,*no samozřejmě!!.....*

S manželem bych zůstala, i kdyby.....*na tom nebyl tak dobře, jak zrovna je.....*

Manžela bych opustila, pokud.....*asi neopustila, leda by mě nahradila jiná, ale asi ne bez boje!.....*

Příloha 5- Bubble test, paní B.



věk:.....20-40

pohlaví:.....muž.....

zaměstnání:.....

kdo to je?.....

věk:.....40.....

pohlaví:.....spíš žena.....

zaměstnání:.....

kdo to je?.....matka, manželka?

Příloha 6- Nedokončené věty, paní C.

Po poranění mozku partnera se v našem vztahu nejvíc změnilo.....*všechno jde pomalu, nutnos zohlednit fyzické indispozice*.....

Nejkrásnější na našem vztahu je.....*láska, vzájemná spřízněnost*.....

Nejtěžší v současném vztahu je...*myšlenky na budoucnost (kam až se manžel uzdraví)*...

Situaci zvládám díky*tomu, že musím*.....

Nejvíc mi v manželství chybí.....*ted' – nutnost omezit pracovní aktivity*.....

Nejvíce bych od partnera potřebovala.....*pochvalu*.....

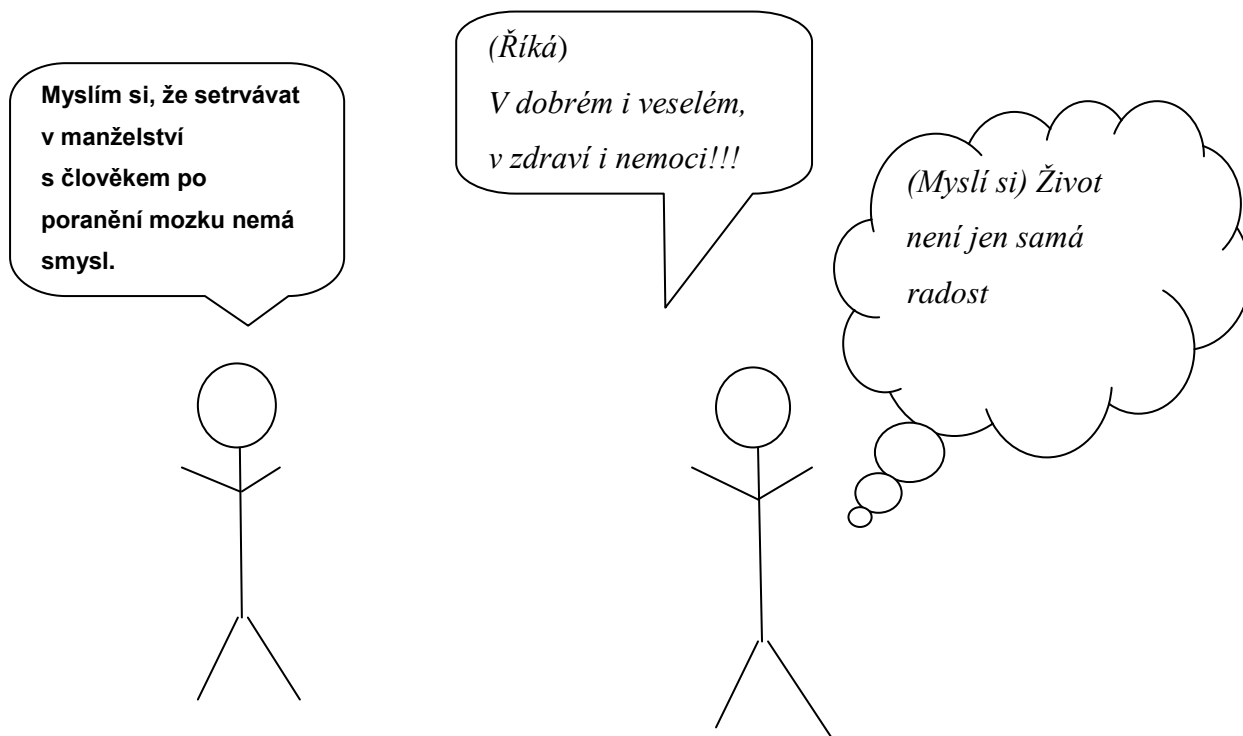
Zůstávám s manželem, protože.....*jsem si ho vzala*.....

Náš vztah má budoucnost,*protože se oba snažíme*

S manželem bych zůstala, i kdyby...*nebyl tak zdravý, ale asi bych se nevyhnuli ústavní péči*...

Manžela bych opustila, pokud.....*by mě nechtěl*.....

Příloha 7 – Bubble test, paní C.



věk:.....30

pohlaví:.....žena.....

zaměstnání:.....business manager....

kdo to je?....nezkušený člověk.....

věk:.....45.....

pohlaví:.....žena.....

zaměstnání:.....knihovnice.....

kdo to je?.....já.....

Příloha 8- Nedokončené věty, pan D.

Po poranění mozku partnera se v našem vztahu nejvíc změnilo..... *komunikace*.....

Nejkrásnější na našem vztahu je.....*pocit potřeby*.....

Nejtěžší v současném vztahu je.....*vydržet i nadále*.....

Situaci zvládám díky*nic jiného mi nezbyvá*.....

Nejvíce mi v manželství chybí.....*možnost si popovídat*.....

Nejvíce bych od partnera potřeboval.....*uznání*.....

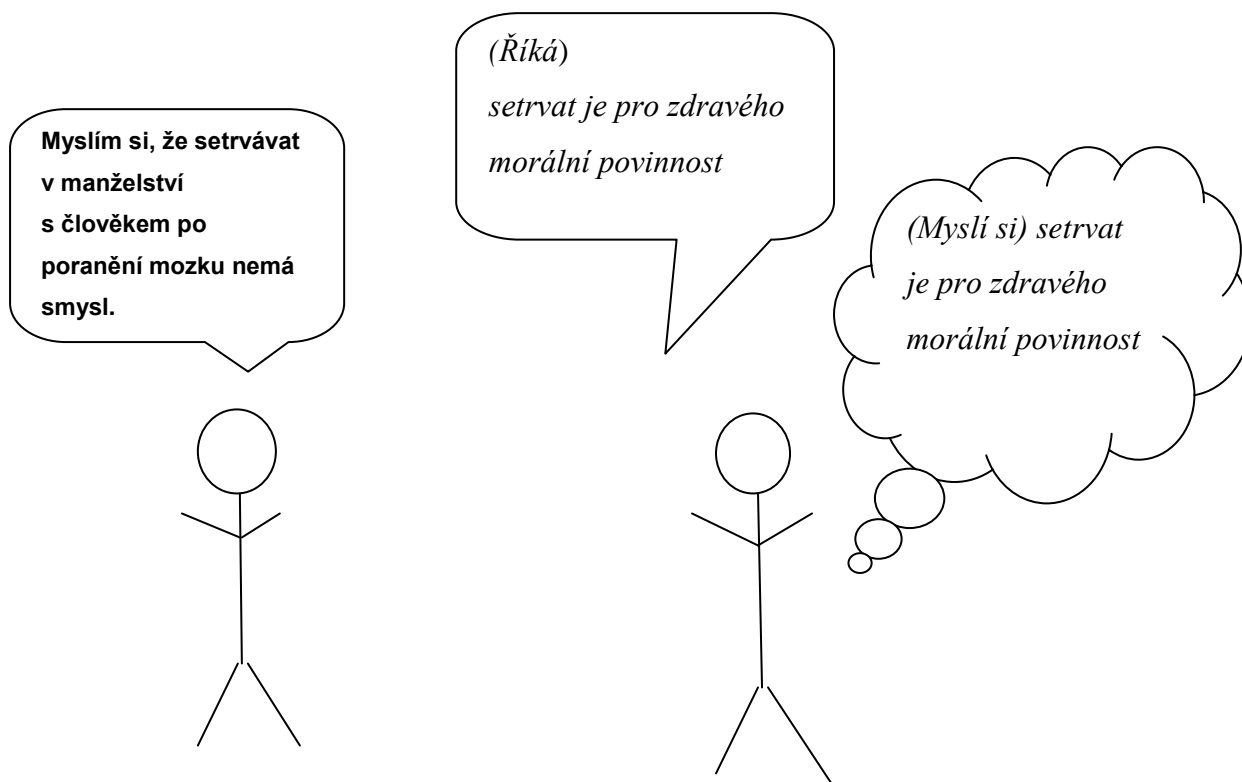
Zůstávám s manželem, protože.....*jiná možnost z morálních důvodů není*.....

Náš vztah má budoucnost, *jiná cesta není*

S manželkou bych zůstal, i kdyby.....*zůstala na vozíku*.....

Manželku bych opustil, pokud.....*ne*.....

Příloha 8 – Bubble test, pan D.



věk:.....*nezáleží*.....

věk:.....*starší*.....

pohlaví:.....*muž*.....

pohlaví:.....*žena*.....

zaměstnání:.....*lopata*.....

zaměstnání:.....*inteligent*.....

kdo to je?.....

kdo to je?.....

Příloha 10 – Nedokončení věty, pan E.

Po poranění mozku partnera se v našem vztahu nejvíc změnilo..... *přístup k okolí,*
komunikativnost.....

(Nej)krásnější na našem vztahu je.....*soudržnost, empatie*.....

(Nej)těžší v současném vztahu je.....*trpělivost s okolím*.....

Situaci zvládám díky*humoru*.....

(Nej)víc mi v manželství chybí.....*nic, trojka*.....

(Nej)více bych od partnera potřeboval.....

Zůstávám s manželkou, protože.....*to tak má být*.....

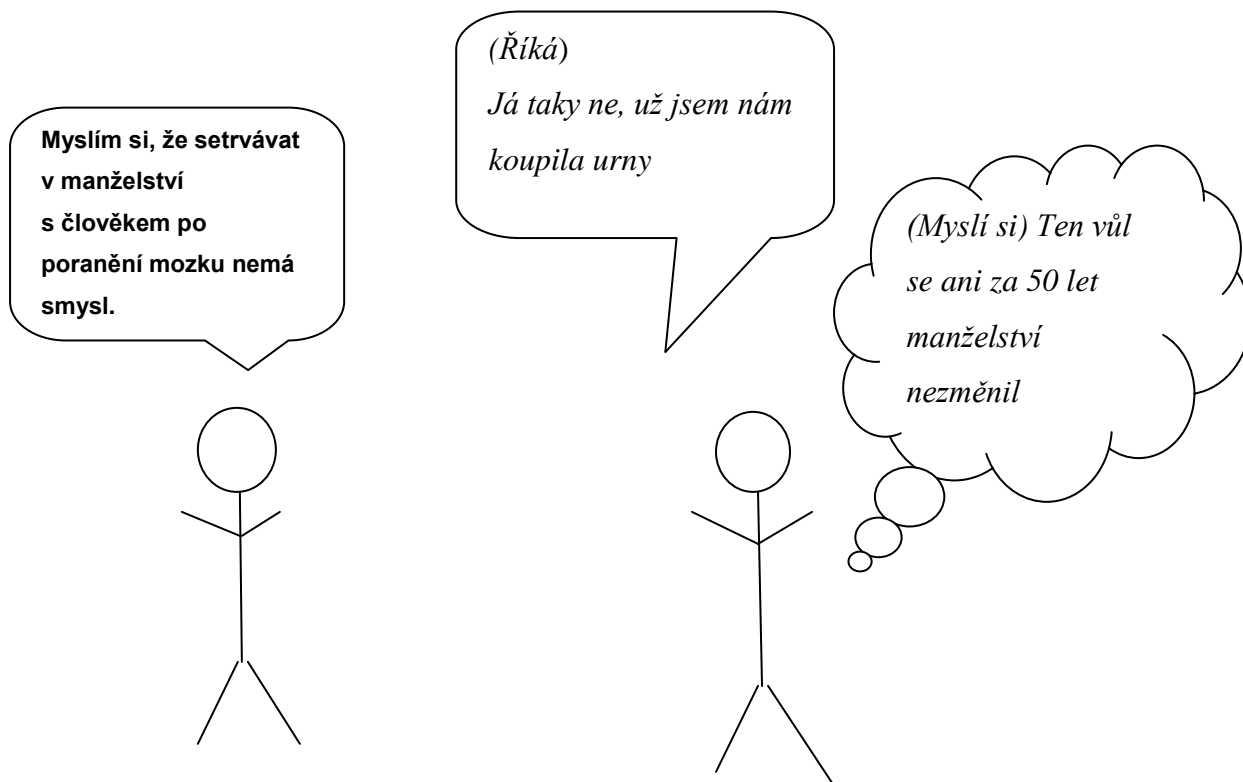
Náš vztah má budoucnost,*v tomto společenství*.....

S manželkou bych zůstal, i kdyby.....*trakaře padaly*.....

Manželku bych opustil, pokud.....*by mě bodla nožem*.....

Pozn.: Pan E. škrtnul předpony „nej-“,

Příloha 11 – Bubble test, pan E.



věk:.....70.....

věk:.....69.....

pohlaví:.....muž.....

pohlaví:.....žena.....

zaměstnání:.....důchodce.....

zaměstnání:.....důchodce.....

kdo to je?.....

kdo to je?.....

Příloha 12 – Nedokončené věty, pan F.

Po poranění mozku partnera se v našem vztahu nejvíc změnilo.....*asi nic, zranění nebylo těžké.....*

Nejkrásnější na našem vztahu je.....*že trvá.....*

Nejtěžší v současném vztahu je.....*okolní tlaky*

Situaci zvládám díky*přesvědčení, že nesmím vzdávat.....*

Nejvíce mi v manželství chybí.....*finance na zkvalitnění zdravotních náprav.....*

Nejvíce bych od partnera potřeboval.....*aby to tak zůstalo.....*

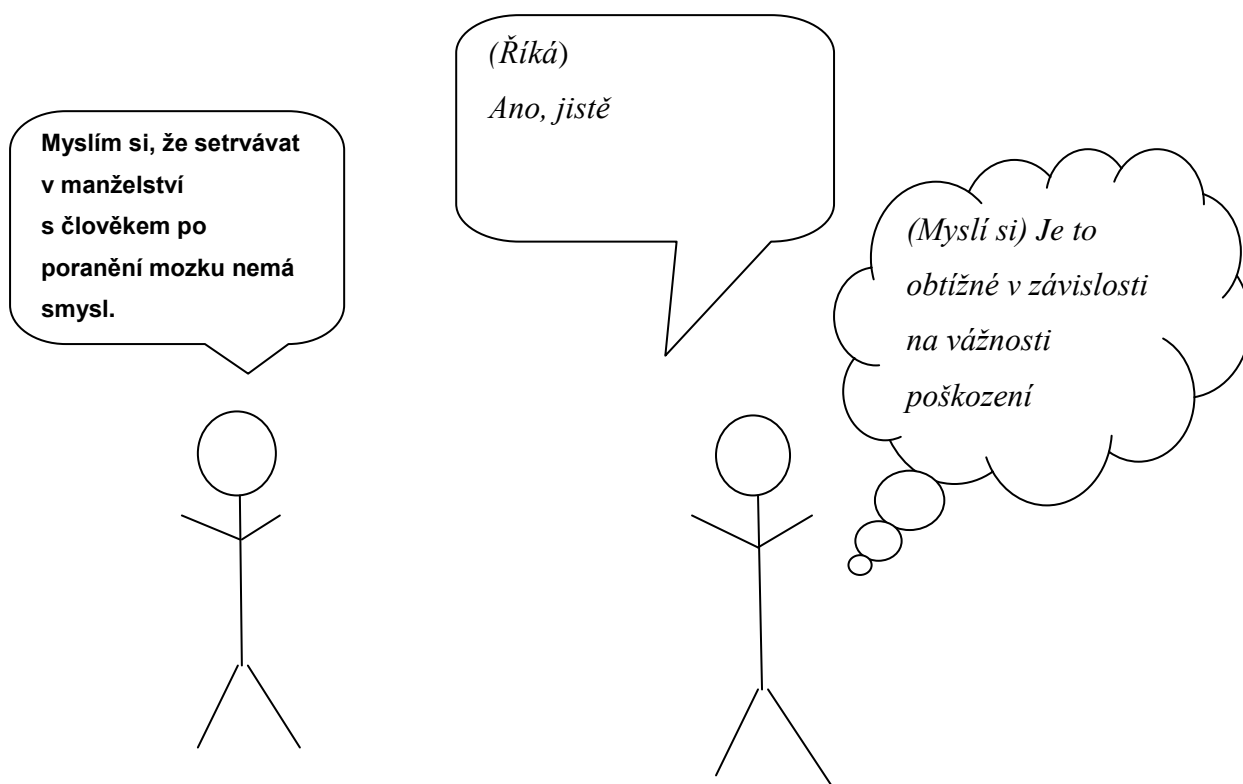
Zůstávám s manželkou, protože.....*si to jinak nedovedu představit.....*

Náš vztah má budoucnost, *ANO.....*

S manželkou bych zůstal, i kdyby.....*viz výše.....*

Manželku bych opustil, pokud.....*by o mě nestála.....*

Příloha 13 – Bubble test, pan F.



věk:.....

věk:.....*dospělý*.....

pohlaví:.....

pohlaví:....*muž (co se dá dělat)*.....

zaměstnání:.....

zaměstnání:.....*různá*.....

kdo to je?.....

kdo to je?.....*Já*.....

Záleží pouze na kvalitě toho člověka

Příloha 14 – Nedokončené věty, paní G.

Po poranění mozku partnera se v našem vztahu nejvíc změnilo.....*role v rodině, jsem máma i táta.....*

Nejkrásnější na našem vztahu je.....*oddělili jsme smrt.....*

Nejtěžší v současném vztahu je.....*zvládat nevyrovnanost manžela*

Situaci zvládám díky*své paličatosti a okruhu milých lidí okolo mne.....*

Nejvíc mi v manželství chybí.....*partner na stejné úrovni, objetí.....*

Nejvíce bych od partnera potřebovala.....*samostatnost a spolehlivost.....*

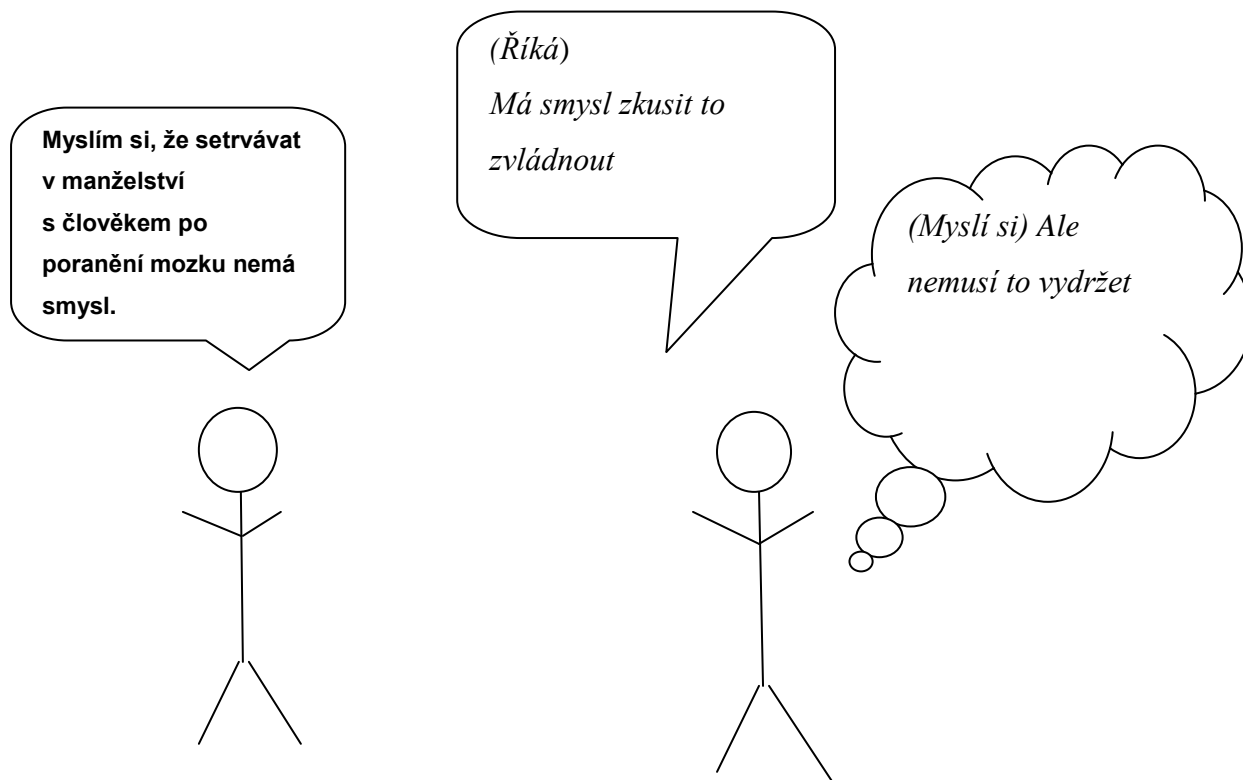
Zůstávám s manželem, protože.....*jsme překonali nepřekonatelné, 2 děti, složité dělení dělení, kde pak bydlet.....*

Náš vztah má budoucnost,*na 50%, chtěla bych na více.....*

S manželem bych zůstala, i kdyby.....*pokud by se zdravotní stav zhoršil (anatomicky), starala bych se, ale už ne doma.....*

Manžela bych opustila, pokud.....*by totálně propadl alkoholu a byl by agresivní.....*

Příloha 13 – Bubble test, paní G.



věk:.....20, 50.....

věk:.....40.....

pohlaví:.....žena.....

pohlaví:.....žena.....

zaměstnání:.....střední třída.....

zaměstnání:.....střední třída.....

kdo to je?.....kamarádka, rodina.....

kdo to je?.....Já.....

Příloha 15 – Nedokončené věty, paní H.

Po poranění mozku partnera se v našem vztahu nejvíc změnilo.....*sex*

Nejkrásnější na našem vztahu je.....*že jsme schopný se pohádat a udobřit*.....

Nejtěžší v současném vztahu je.....*přebírám od manžela mužské práce*

Situaci zvládám díky*dceři, kamarádům manžela*.....

Nejvíc mi v manželství chybí.....*cestování*.....

Nejvíce bych od partnera potřebovala.....*něhu*.....

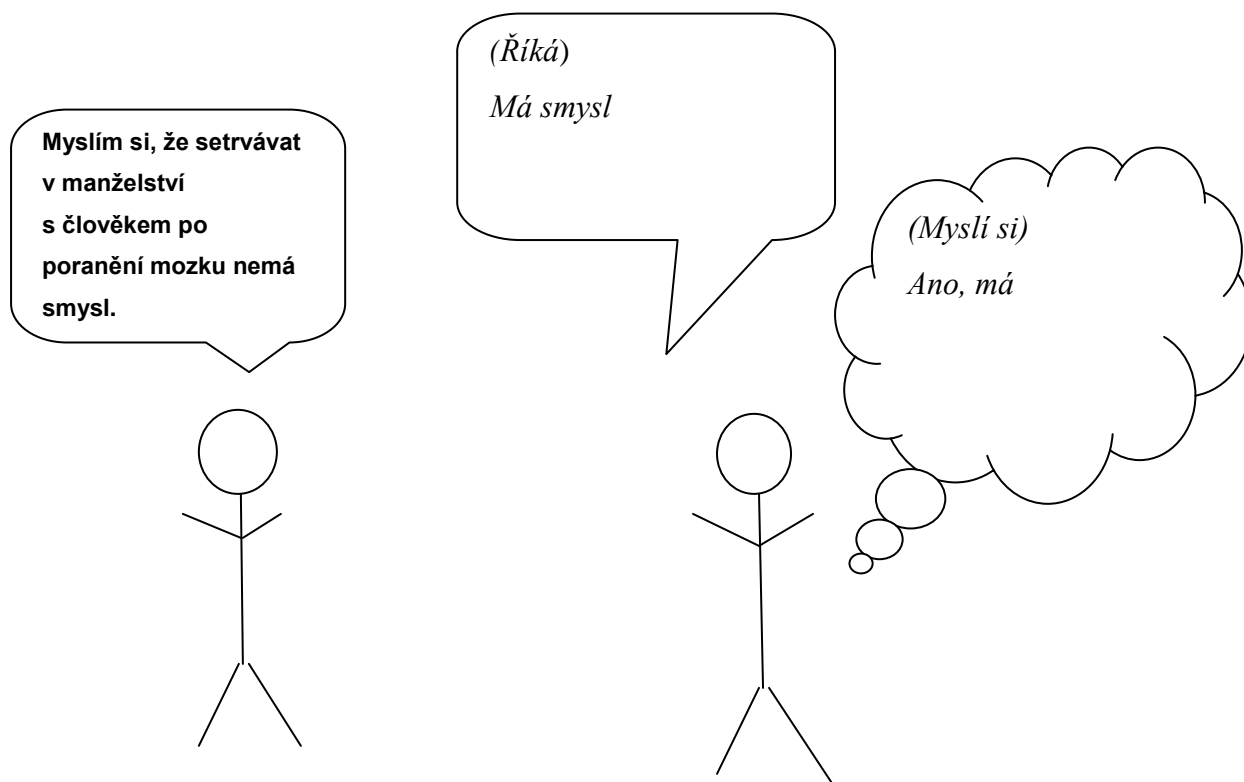
Zůstávám s manželem, protože.....*máme nedořešené finanční toky*.....

Náš vztah má budoucnost,*ano, má kvůli dítěti*.....

S manželem bych zůstala, i kdyby.....*byl ještě (nečitelné), než je*.....

Manžela bych opustila, pokud.....*bych věděla, že získal vztah k jiné osobě*.....

Příloha 16 – Bubble test, paní H.



věk:.....60.....	věk:.....45.....
pohlaví:.....žena.....	pohlaví:.....žena.....
zaměstnání:.....zdravotní sestra...	zaměstnání:.....střední, VŠ.....
kdo to je?.....sousedka.....	kdo to je?.....kamarádi.....